

# Die psychoanalytische Sichtweise der Sucht – eine Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien

Psychodynamische Diagnostik und Einstellungen zum Methadon

Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der  
Universität Zürich

vorgelegt von  
**Samuel Leuzinger**

Angenommen im Herbstsemester 2017  
auf Antrag von Herrn Prof. Dr. Wulf Rössler und  
Herrn PD Dr. Rudolf Stohler

Zürich, 2017

## Abstracts

Die Arbeit verfolgte das Ziel, das psychoanalytische Arbeiten mit Methadonpatienten zu verbessern und sie psychodynamisch besser zu verstehen. Es wurden psychoanalytische Suchttheorien vorgestellt und Methadonpatienten mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 interviewt. Ihre Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung wurden durch das MEI-40 untersucht. Es wurde versucht, die Ergebnisse der OPD und die Einstellungen zu Methadon in einen Zusammenhang zu bringen. Zudem wurden Modelle zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution entwickelt.

Die 65 untersuchten Patienten waren zwischen 25 und 50 Jahren alt und standen im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der PUK Zürich in ambulanter oder teilstationärer methadon-gestützter Behandlung.

Die Befunde dieser Arbeit haben klinische Relevanz, indem sie Einstellungen zur Methadonsubstitution von Patienten mit ihrer Psychodynamik in Verbindung setzen. Normal strukturierte methadonsubstituierte Patienten sind eher rehabilitationsorientiert als gering strukturierte Patienten. Methadonpatienten mit einer niedrigen Gesamtstruktur bekommen eine höhere Methadondosis verschrieben und haben im Vergleich zu den normal strukturierten Patienten eine höhere Flexibilisierungs-Orientierung.

Die Stärken dieser Arbeit liegen v. a. in der Auseinandersetzung mit den psychoanalytischen Suchtmodellen und darin, dass unter erschwerten Bedingungen methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der OPD zum ersten Mal untersucht wurden. Zu ihren Schwächen zählen die geringen Werte in der Interrater-Reliabilität der empirischen Prüfung der Forschungsfragen und der Hypothesen.

The aim of this study was to facilitate the work with methadone patients and to understand them better regarding their psychodynamic characteristics. Psychoanalytic theories of substance addiction were presented and methadone patients were interviewed with the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD-2). Their attitudes toward methadone substitution were investigated with the MEI-40. The aim was to bring together the results of the OPD and the attitudes toward methadone. We developed models of heroin addiction and methadone substitution.

The 65 investigated patients aged 25 to 50 years were treated in an ambulatory or day-clinic setting in the Center for Addictive Disorders at the Psychiatric Hospital, University of Zurich. The results have clinical relevance; they revealed an interconnection between attitudes toward methadone and psychodynamic measures of patients. Normally structured methadone patients seem to be more rehabilitation-oriented than low structured patients. Moreover, low structured methadone patients are prescribed a higher daily dose of methadone and have a higher flexibilization-orientation than normally structured patients.

The strengths of this study are in the discussion of psychoanalytical models of addiction. Furthermore, methadone patients have been investigated under difficult conditions explicitly with the OPD for the first time. The limitations of the study lay in the low interrater reliability of the empirical examinations' results.

## Dank

Als Erstes möchte ich mich bei meiner Ehefrau Pamela für die lang andauernde und liebevolle Unterstützung, die mit dieser Arbeit in Zusammenhang stand, bedanken. Ebenso möchte ich meinen Kindern Aurora und Nathanael dafür danken. In diesem Sinne soll auch meiner Familie ein besonderer Dank gelten.

Als Nächstes geht mein Dank an den Betreuer und den Referenten meiner Arbeit. Dabei geht ein besonderer Dank an PD Dr. med. Rudolf Stohler, den ehemaligen leitenden Arzt des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen und der Dualstation E1 in der PUK Zürich, der mich von Beginn an bei der Planung dieser Arbeit unterstützt hat. Seine kritische Haltung und seine wohlwollende Unterstützung haben mich beim Schreiben dieser Arbeit sehr unterstützt. Des Weiteren geht mein Dank an Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Wulf Rössler, den ehemaligen Klinikdirektor der Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie ZH West, der meinen Forschungsansatz unterstützt hat. Ebenfalls möchte ich mich bei Dr. phil. Lukas Boesch bedanken, dem wissenschaftlichen Mitarbeiter und klinischen Psychologen des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen, der mich fachlich v. a. im empirischen Teil der Arbeit unterstützt hat. Ebenso geht mein Dank an Dipl. Psych. Thorsten Jakobsen, Vorsteher der OPD-Arbeitsgruppe für Abhängigkeitserkrankungen und Psychoanalytiker, der mich v. a. in Bezug auf die statistische Auswertung der OPD-Daten beraten hat. Zudem geht mein Dank an Dr. med. Holger Himmighoffen, mit dem ich die meisten OPD-Interviews geratet habe und der selbst auch OPD-Interviews dieser Arbeit geführt hat. Ein weiterer Dank geht an Dr. phil. Heinz Hunziker, mit dem ich mehrere OPD-Interviews geratet habe und der mich beim Theorieteil der Arbeit v. a. aus der psychoanalytischen Sichtweise kritisch unterstützt hat. Zudem möchte ich mich bei Dr. phil. Caroline Dreher bedanken, die beim Rating mehrerer OPD-Interviews beteiligt war. Bedanken möchte ich mich auch bei PD Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross, der die Arbeit im Rahmen des Doktorandenkolloquiums v. a. durch statistische Fragestellungen kritisch betrachtete und klärte. Ein weiterer Dank gilt Herrn Dr. phil. Carlos Nordt, der mich fachlich unterstützte und mir bei Fragestellungen zur Methadonsubstitution weiter half.

Ein weiterer Dank geht an psychoanalytisch orientierte Kolleginnen und Kollegen, welche die Arbeit mit ihrem Fachwissen und ihren Fragestellungen bereicherten. Zudem möchte ich mich bei meinen weiteren Arbeitskolleginnen und -kollegen bedanken, die mich während der Arbeit und bei der Fertigstellung der Arbeit motiviert haben.

Zudem möchte ich mich bei Frau Ute Ochtendung bedanken, die mir bei der Fertigstellung dieser Arbeit als Lektorin und in der grafischen Darstellung behilflich war.

Ein weiterer Dank geht an die Interessengemeinschaft „Freie Assoziation“, die psychoanalytische Projekte in der Praxis unterstützt und auch dieses Forschungsprojekt unterstützt hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Mitarbeitenden des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen, die mir bei der Rekrutierung behilflich waren.

Schliesslich möchte ich mich bei allen Patientinnen und Patienten bedanken, die an der Untersuchung teilnahmen, durch die der empirische Ansatz dieser Arbeit erst möglich wurde.

## Vorwort

Als psychoanalytisch arbeitender Psychotherapeut, der mehrere Jahre ausschliesslich mit Substanzabhängigen und insbesondere mit methadonsubstituierten heroinabhängigen Patientinnen und Patienten gearbeitet hat, bin ich durch meine Weiterbildung oft auf psychoanalytische Konzepte gestossen, die ich mit der Praxis zu verbinden versuchte. Dies versuche ich in dieser Arbeit aus theoretischer und empirischer Sicht darzustellen.

Oft war die Methadonsubstitution Thema bei den Tagesrapporten auf der Dualstation E1 der PUK Zürich. Als Stationspsychologe hörte ich von mehreren Patientinnen und Patienten, dass sie ihre Methadonsubstitution abbauen wollten, um mit diesem Thema abschliessen zu können. Bei anderen Patientinnen und Patienten spielte dies wiederum gar keine Rolle, ein Abbau der Methadonsubstitution war ihnen weniger wichtig als eine Erlangung oder Aufrechterhaltung der psychosozialen Stabilität. Psychoanalyse und Substanzabhängigkeiten haben prima vista wenig miteinander zu tun. So sind Substanzabhängigkeiten, die in der psychoanalytischen Literatur relativ selten differenziert erscheinen in der psychoanalytischen Theorie eher ein Randgebiet. Ebenso wurden Substanzabhängige teilweise von der psychoanalytischen Behandlung ausgeschlossen. In meiner klinischen Arbeit versuche ich diesem Umstand entgegenzuwirken.

Hier soll der Schwerpunkt aus theoretischer Sicht dieser Arbeit ansetzen. Es sollen psychoanalytische Modelle der Substanzabhängigkeit erläutert und diskutiert werden, ohne sie zu werten. Die Psychodynamik von methadonsubstituierten heroinabhängigen Personen soll mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) erforscht werden, was bei dieser Patientengruppe bisher noch nie explizit geschehen ist. Die Psychodynamik, gemessen durch die OPD-2, soll mit der Einstellung zur Methadonsubstitution, gemessen durch den MEI-40 (Hunziker & Boesch, 2008) in Verbindung gebracht werden, um dabei mögliche Zusammenhänge festzustellen, um mögliche Hinweise für die praktische psychotherapeutische Behandlung zu geben. Es sollen spezifische psychoanalytische Handlungsanweisungen für die Psychotherapie mit dieser Klientel entwickelt werden. Ebenso soll ein psychoanalytisches Modell zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution entwickelt werden. Die Arbeit soll einem besseren psychoanalytischen Verständnis methadonsubstituierter heroinabhängiger Patienten dienen und darauf aufbauend Hinweise für die psychotherapeutische Behandlung geben.

# Inhaltsverzeichnis

Abstracts	2
Dank	3
Vorwort	5
Inhaltsverzeichnis	6
1. Einleitung: Theoretischer Hintergrund und Forschungsansätze	10
2. Allgemeine Psychoanalyse	14
2.1 Einführung in die Psychoanalyse	14
2.1.1 Übersicht	14
2.1.2 Metapsychologische Gesichtspunkte	14
2.1.3 Psychoanalytische Grundbegriffe	15
2.1.4 Abwehr	17
2.2 Psychoanalytische Entwicklungspsychologie	17
2.3 Neurosenlehre	19
2.3.1 Konflikt	20
2.3.2 Struktur	25
3. Psychoanalytische Suchttheorien	28
3.1 Begriffsdefinition	28
3.2 Psychodynamische Aspekte und psychoanalytische Theorien zur Substanzabhängigkeit	30
3.2.1 Psychodynamische Aspekte der Substanzabhängigkeit	30
3.2.2 Psychoanalytische Theorien der Substanzabhängigkeit	30
3.3 Triebpsychologisches Modell	31
3.3.1 Freuds Sichtweise der Sucht	31
3.3.2 Abrahams Sichtweise der Sucht	33
3.3.3 Radós Sichtweise der Substanzabhängigkeit	36
3.3.4 Radós Sichtweise der Substanzabhängigkeit II – ichpsychologische Aspekte	40
3.3.5 Aktuelle Überlegungen zum triebpsychologischen Modell	44
3.4 Ichpsychologisches Modell: Frühe Suchtmodelle	49
3.4.1 Einleitung	49
3.4.2 Einführung zum Text von Krystal und Raskin (1970)	50
3.4.3 Das Über-Ich	54
3.4.4 Wurmserns Ansichten zur Sucht	56
3.4.5 Khantzians Ansichten zur Sucht – die Selbstmedikationshypothese	68

3.5	Selbstpsychologisches Modell	72
3.5.1	Einführung	72
3.5.2	Selbstobjekt	73
3.5.3	Selbstpsychologie und Substanzstörungen	73
3.5.4	Zusammenfassung	75
3.6	Objektpsychologie	76
3.6.1	Einführung	76
3.6.2	Übergangsobjekt, Übergangsraum	76
3.6.3	Paranoid-schizoide Position, depressive Position	77
3.7	Objektpsychologisches Modell: Frühe Suchtmodelle	78
3.7.1	Einführung	78
3.7.3	Glovers Schlüsse zur Substanzabhängigkeit	79
3.7.4	Zusammenfassung	81
3.8	Neuere integrative Theorien der Substanzabhängigkeit	82
3.8.1	Unterschiede in der Ich-Regression	82
3.8.2	Entwicklungsstadien der Substanzabhängigkeit	83
3.8.3	Zusammenfassung	83
3.9	Zusammenfassung – Vergleich der Modelle	84
3.10	Psychoanalytische Theorien der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution	84
3.10.1	Psychoanalytische Theorien zur Heroinabhängigkeit	85
3.10.2	Psychoanalytische Theorien zur Methadonsubstitution	86
3.10.3	Gemeinsamkeiten psychoanalytischer Theorien zur Substanzabhängigkeit – empirische Kritik	88
4.	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	90
4.1	Theorie	90
4.2	Konflikt und Struktur	91
4.2.1	Konflikt	91
4.2.2	Struktur	92
4.3	Das Verhältnis zwischen Konflikt und Struktur	93
4.4	Methode	94
4.5	OPD: Ablauf	96
4.6	OPD: Empirische Befunde bisher	98
4.7	Empirische Befunde der OPD im Zusammenhang mit Substanzstörungen	102
4.8	OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen	105
5.	Einstellungen der Methadonpatienten zur Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit	110
5.1	Häufigkeit der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution	110
5.2	Methadonsubstitution	110
5.3	Typische Einstellungen zur Methadonsubstitution	111
5.4	Typische Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung und Patientengruppen	112
5.5	Interpretation der Patientengruppen	113
5.6	Zusammenhänge der Patientengruppen zu anderen Patientenmerkmalen und klinische Relevanz	117
6.	Relevanz zur Studie: Fazit und Zusammenfassung	118

7.	Fragestellung	119
7.1	Hauptfragestellungen	120
7.2	Fragestellung betreffend des MEI-40	120
8.	Methodik	121
8.1	Untersuchungsinstrumente	121
8.1.1	OPD	121
8.1.2	Weitere Patientenmerkmale	122
8.1.3	Methadon-Einstellungs-Inventar (MEI-40)	122
8.2	Befragung der Patienten	122
8.2.1	Rekrutierung	122
8.2.2	Zusammenstellung der Stichprobe	123
8.2.3	Beschreibung der Interviews	126
8.3	Ablauf der Untersuchung	127
8.4	Überlegungen zur Stichprobengrösse	127
8.5	Datenmanagement	130
8.6	Auswertungsplan	132
8.6.1	Allgemeines Vorgehen	132
8.6.2	OPD	132
8.6.3	Typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon	133
8.6.4	Typische Einstellungsdimensionen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon	134
8.6.5	Weitere Patientenmerkmale	134
8.6.6	Hypothesenprüfung	134
8.6.7	Weitere Patientenmerkmale und Gruppenzugehörigkeit	134
8.6.8	Vorgehen zur Hypothesenprüfung	135
9.	Ergebnisse	136
9.1	Stichprobenbeschreibung	136
9.2	Ergebnisse der deskriptiven Auswertung	136
9.3	Ergebnisse der OPD	138
9.3.1	Güte der Untersuchung	138
9.3.2	Objektivität	138
9.3.3	Reliabilität	138
9.3.4	Fazit	139
9.4	Deskriptive Beschreibung der Ergebnisse der OPD-Interviews	140
9.4.1	Konfliktachse	140
9.4.2	Strukturachse	141
9.5	Zwei Patientengruppen: normal und niedrig strukturierte Patienten	143
9.5.1	Stichprobenbeschreibung der zwei Patientengruppen	143
10.	Inferenzstatistische Auswertung	146
10.1	MEI-40	146
10.2	Von der 5- zur 3-Faktorenlösung	146
10.3	Hypothesenprüfung	150
10.4	Erklärungsmodelle für nicht erwartete Ergebnisse	153



11.	Ergebnisse der Einzelfallbefunde _____	154
11.1	Patient A (Gesamtstruktur 1.5) _____	154
11.2	Patient B (Gesamtstruktur 2) _____	156
11.3	Patient C (Gesamtstruktur 2.5) _____	157
11.4	Patient D (Gesamtstruktur 3) _____	159
12.	Diskussion Zusammenfassung: Stand der Forschung und Ziel der Arbeit _____	161
12.1	Diskussion der Ergebnisse der inferenzstatistischen Auswertung _____	161
12.2	Weitere Ergebnisse _____	165
12.3	Bezugnahme auf Befunde der Arbeit und psychoanalytischen Theorien zur Substanzabhängigkeit _____	174
12.4	Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien mit den Ergebnissen der OPD _____	180
12.5	Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien: Bezugnahme auf Befunde der Arbeit und psychoanalytische Theorien zur Methadonsubstitution _____	182
12.6	Einschränkungen: Kritische Betrachtung der OPD-Interviews und der OPD-2 _____	184
12.7	Interpretation der Patientengruppen _____	186
12.8	Psychodynamische Überlegungen bezüglich der Patientengruppen und der OPD _____	186
13.	Psychodynamisches Modell der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution _____	188
13.1	Psychodynamisches Modell der Methadonsubstitution _____	188
13.2	Modell der Heroinabhängigkeit _____	189
13.3	Modell der Methadonsubstitution II _____	196
14.	Abschlussdiskussion _____	209
14.1	Versuch der Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien _____	209
14.2	Klinische Relevanz _____	211
14.3	Relevanz der Befunde für eine Psychotherapie von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten _____	212
14.4	Ausblick: Psychoanalytische und psychodynamische Forschung mit methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten _____	214
15.	Zusammenfassung _____	216
16.	Literaturverzeichnis _____	218
	Anhang _____	229
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis _____	262
	Lebenslauf von Samuel Leuzinger _____	263

# 1. Einleitung: Theoretischer Hintergrund und Forschungsansätze

Der Zusammenhang zwischen Psychoanalyse und Sucht<sup>1</sup> ist nicht direkt ersichtlich, da sich Psychoanalytiker selten explizit theoretisch mit Substanzabhängigkeiten beschäftigt haben. Häufig wird Sucht und kompulsiver Substanzgebrauch als (Epi-)Phänomen im Rahmen von anderen Störungen wie dem Narzissmus aufgefasst. Empirisch wurden psychoanalytische Suchttheorien selten differenziert geprüft, u. a. weil die Konzepte schwierig zu operationalisieren sind.

Sucht ist in der psychoanalytischen Literatur eher ein Randgebiet. Sie wurde weniger systematisch anhand von einzelnen Substanzen differenziert. So wurden psychoanalytische Befunde der Alkoholabhängigkeit oft auf andere substanzgebundene Abhängigkeiten übertragen. Noch weniger wurden die einzelnen Substanzabhängigkeiten mit psychoanalytischen Methoden empirisch geprüft, psychoanalytische Suchttheorien oder -modelle sind eher wegen ihrer heuristischen und hypothesengenerierenden Bedeutung wertvoll.

In der Umgangssprache wird zwischen „harten Drogen“ (Heroin, Kokain etc.) und „weichen Drogen“ (Cannabis etc.) unterschieden. Das Heroin ist ein Opiat. Es wird intravenös konsumiert, geraucht oder geschnupft. Heroinabhängige verabreichen sich meist mehrmals täglich die Substanz. Neben der psychischen Abhängigkeit führt die physische Abhängigkeit mit Entzugssymptomen zu einem imperativen Drang nach der Substanz. Es kommt bald zu einer Interessenseinengung auf die Abhängigkeit und die Beschaffung der Substanz (Schöpf, 1996, S. 106). Die Heroinabhängigkeit kann bei einer Subgruppe der Bevölkerung ein gesundheitliches Problem darstellen. Sie ist mit einer erhöhten Delinquenz, einem erhöhten Infektionsrisiko, psychosozialem Elend etc. verknüpft. Deshalb wird Heroin bei abhängigen Personen u. a. mit Methadon substituiert oder therapeutisch abgegeben, um entweder den Schaden zu mindern oder längerfristig bessere Bedingungen zu schaffen. Dies soll den Betroffenen ermöglichen, möglichst stressfrei ihren Alltag gestalten zu können. 2010<sup>2</sup> war die Prävalenz der heroinabhängigen Personen im Kanton Zürich bei 6950, 3325 Personen waren 2010 in methadon-gestützter Behandlung (Nordt & Stohler, 2011).

Die Psychoanalyse versucht klinische Phänomene und menschliches Verhalten allgemein durch ihre Entstehung zu verstehen und sie in einen Zusammenhang, d. h. in eine Psychodynamik zu setzen.

---

<sup>1</sup> Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit, respektive Droge und Substanz werden synonym verwendet und sind wertneutral zu verstehen, sie werden teilweise auch wegen ihrer historischen Bedeutung verwendet.

<sup>2</sup> 2010 wurde als Referenzjahr gewählt, weil die meisten Interviews dieser Arbeit in diesem Jahr geführt wurden.

Ziel soll sein, psychoanalytische Suchttheorien zu diskutieren. Es soll versucht werden, psychoanalytisch ein Verständnis für die Verläufe der Substitutionsbehandlung mit Methadon zu erzielen, um Hinweise für die Behandlung zu entwickeln. Ziel dieser Arbeit soll sein, ausgehend von allgemeinen Suchttheorien, eine spezifische Theorie für die Heroinabhängigkeit und die Methadonsubstitution zu formulieren.

Methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten wurden bisher noch nie explizit mit dem psychodynamischen Forschungsinstrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) untersucht. Deshalb scheint es wichtig, die OPD auch auf diese Patientengruppe anzuwenden. Letztlich soll u. a. untersucht werden, wie methadonsubstituierte Patienten strukturiert sind. Obwohl ein grosser Anteil von Psychotherapeuten psychoanalytisch ausgebildet wurde und auch viele Psychotherapeuten heroinabhängige Patienten behandeln, fehlte bisher teilweise psychoanalytisches Wissen, um diese Patienten adäquat behandeln zu können. Es bestand also Handlungsbedarf.

Im Zentrum der Arbeit stehen die psychoanalytischen Suchtmodelle. Für die empirische Untersuchung von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten wird das Forschungsinstrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik und dessen Anwendungen vorgestellt. Einstellungen zur Methadonsubstitution werden v. a. im Rahmen der Hypothesen beschrieben, spielen aber im Rahmen der gesamten Arbeit eher eine periphere Rolle. Es soll hypothesengeleitet untersucht werden, ob Einstellungen zum Methadon mit psychodynamischen Merkmalen zusammenhängen.

Der Ablauf der Arbeit ist so gestaltet, dass im 2. Kapitel eine Einführung in die psychoanalytische Theorie gegeben wird. Diese verfolgt nicht das Ziel, zu einem abschliessenden Verständnis der Psychoanalyse zu führen. Vielmehr soll sie ein besseres Verständnis für die danach beschriebenen Themen geben und psychoanalytische Begriffe klären. Insbesondere werden die Begriffe Konflikt und Struktur erläutert und in ihren historischen Zusammenhang gesetzt.

Im 3. Kapitel wird eine nicht psychoanalytische Einführung in das Thema der Substanzstörungen gegeben. Danach werden die verschiedenen psychoanalytischen Theorien und Modelle dargestellt. Diese werden in vier Modelle unterteilt, das trieb-, das ich-, das selbstpsychologische und das objektpsychologische<sup>3</sup> Modell (vgl. Rost, 1992; Subkowski, 2000). Die verschiedenen referierten Konzepte und Modelle und deren Erklärungen der Sucht schliessen einander nicht aus, wie sie auch nicht-psychoanalytische Erklärungsmodelle wie das medizinische Modell oder die Lerntheorie nicht ausschliessen, es wird in dieser Arbeit aber nicht

---

<sup>3</sup> Das objektpsychologische Modell wird auch objektbeziehungstheoretisches Modell genannt.

darauf eingegangen. Die hier vorgestellten psychoanalytischen Suchtmodelle können streng genommen nicht voneinander getrennt werden, doch sie können aufgrund der psychoanalytischen Theorienbildung bestimmten thematischen Schwerpunkten zugeordnet werden. Im Zentrum des Kapitels stehen Wurmser's Beiträge zur Sucht, die mit einem Über-Ich-Defekt (Auffälligkeiten im Gewissen) verbunden sind und später in der Arbeit mit den Befunden diskutiert werden sollen.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 2006) operationalisiert die psychodynamischen Konzepte Konflikt und Struktur, um sie empirisch zu prüfen. Im 4. Kapitel werden dieses Forschungsinstrument und seine empirischen Anwendungen vorgestellt.

Zudem werden im 5. Kapitel Informationen zur Methadonsubstitution gegeben und anschließend das Instrument zur Erfassung der Einstellungen zu Methadon (Methadoneinstellungsinventar, MEI-40) vorgestellt, sowie diesbezügliche Befunde und Diskussionspunkte dargestellt.

Danach wird im 6. Kapitel in einem Fazit und einer Zusammenfassung die Relevanz der bisher beschriebenen Themen in Bezug auf die Arbeit und auf den empirischen Teil beschrieben. Nach Abschluss des Theorieteils werden anschliessend im 7. Kapitel die Fragestellungen erläutert.

Danach werden im 8. Kapitel die Untersuchungsinstrumente vorgestellt, die Stichprobe beschrieben, der Ablauf und die Auswertungsschritte, d. h. die Methode beschrieben.

Im 9. Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt.

Danach werden in der inferenzstatistischen Auswertung die Ergebnisse der OPD und des MEI-40 erläutert. Zudem wird die Patientengruppe in normal und gering strukturierte Patienten aufgeteilt, wovon Hypothesen abgeleitet werden. Dieser Prozess wie auch die Hypothesenprüfung wird im 10. Kapitel beschrieben.

In vier Fallvignetten werden im 11. Kapitel die Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

Schliesslich werden im 12. Kapitel in einer Gesamtdiskussion die Befunde des Theorie- und des Ergebnisteils diskutiert und in einen Zusammenhang mit den Forschungsfragen der Arbeit gestellt. Es soll versucht werden, die einzelnen psychoanalytischen Suchtmodelle mit den Ergebnissen der OPD der Stichprobe zu evaluieren.

Ebenso soll im 13. Kapitel ein psychoanalytisches Modell zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution erarbeitet werden. Davon sollen Interventionen für die Psychotherapie von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten abgeleitet werden.

Im 14. Kapitel werden in einer Abschlussdiskussion die wichtigsten Ergebnisse in Bezug auf Theorie und Empirie dieser Arbeit dargestellt.

Schliesslich wird in Kapitel 15 eine Zusammenfassung der Arbeit gegeben.

Die Literatur des Theorieteils stammt aus psychoanalytischen Publikationen zur Substanzabhängigkeit, die mit PUBMED und Rechercheportalen von Bibliotheken mit den Stichwörtern „psychoanalytic theories“ oder „psychodynamic theories“ und „addiction“ gefunden wurden.

Von den insgesamt mehr als 200 zitierten Literaturhinweisen beziehen sich 37 % auf allgemeine und psychoanalytische Suchtheorien, 30 % auf einführende psychoanalytische Texte oder psychoanalytische Begriffserklärungen, 10 % auf psychoanalytische Theorien zur Heroinabhängigkeit und Methadonsubstitution, 3 % auf Biographien, 11 % auf Texte und Studien im Zusammenhang mit dem Untersuchungsinstrument der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik generell, 4 % in Bezug auf die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik mit Substanzstörungen und 5 % auf Studien der Methadonsubstitution und des Methadon-Einstellungs-Inventars MEI-40. Das heißt, die Arbeit ist v. a. auf psychoanalytische Suchtheorien und weniger auf die Methadonsubstitution bezogen. Der Fokus liegt auf psychoanalytischen Suchtheorien, die relativ wenig substanzspezifisch sind. Es fällt also auf, dass psychoanalytische Theorien bisher relativ unspezifisch sind und methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten als Patientengruppe noch nie explizit mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik untersucht wurden.

## 2. Allgemeine Psychoanalyse

### 2.1 Einführung in die Psychoanalyse

#### 2.1.1 Übersicht

Dieses Kapitel soll dazu dienen, eine kurze Einführung in die psychoanalytische Theorie zu geben, die Voraussetzungen für die im Kapitel 3 beschriebenen psychoanalytischen Suchttheorien zu schaffen und sie in einen Kontext zu setzen. So sind die beschriebenen Gesichtspunkte (s. u.) nicht abschliessend dargestellt, sondern beziehen sich systematisch auf die in Kapitel 3 berichteten Theorien. Zuerst soll eine kurze Einführung in die psychoanalytische Theorie und Metapsychologie gegeben werden. Dabei sind diese Themen im 3. Kapitel für folgende Teilkapitel bedeutsam: Metapsychologische Gesichtspunkte für trieb- und ich-psychologische Suchtmodelle, psychoanalytische Grundbegriffe für alle psychoanalytischen Suchtmodelle. Die psychoanalytische Entwicklungstheorie ist zentral für das triebpsychologische Suchtmodell, aber auch wichtig für die anderen Suchtmodelle. Die Neurosenlehre steht im Zentrum der psychoanalytischen Theorienbildung.

#### 2.1.2 Metapsychologische Gesichtspunkte

Im Folgenden sollen psychoanalytische Gesichtspunkte gezeigt werden (vgl. Rapaport & Gill, 1959).

- Der dynamische Gesichtspunkt: Dieser handelt von psychologischen Kräften, die durch ihre Richtung und Stärke definiert werden. Sie stellen sich in Trieben, Affekten, Ich-Interessen und Konflikten (s. u.) dar. Beim Zusammenwirken dieser Kräfte kann es sich um Summeneffekte oder um kompliziert aufgebaute Effekte der Mischung und Entmischung der beteiligten Kräfte handeln. Ein organisches Substrat dieser Kräfte steht nicht im Zentrum dieses Gesichtspunkts (Loch, 1995, S. 10).
- Der strukturelle Gesichtspunkt: Hier wird davon ausgegangen, dass die Psyche strukturiert ist. Der psychische Apparat nach Freud (1923, 1933) ist durch die Bereiche Es, Ich und Über-Ich aufgebaut, in welchen „Mechanismen“ (z. B. Abwehrmechanismen) sich als „psychologische Regulationen“ zeigen würden (Rapaport & Gill, 1959). Weitere Ausführungen zum Strukturbegriff und zur Entwicklung der Struktur finden sich unten (Loch, 1995, S. 11f).

### 2.1.3 Psychoanalytische Grundbegriffe

1. Der Triebbegriff: Dieser und die gesamte Trieblehre (Freud, 1895, 1915, 1917, 1938) sind für die psychoanalytische Theorie Freuds zentral. Anhand der Entwicklung des psychoanalytischen Triebbegriffs kann die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie verstanden werden.

Unter Trieben werden Kräfte verstanden, die

- a) ihren Ursprung in einer somatischen Triebquelle nehmen, die sich
- b) psychisch repräsentieren, u. a. durch einen dranghaften Charakter und v. a. Vorstellungs- und Affektrepräsentanzen, die
- c) das Ziel in dieser Befriedigung suchen, also eine Aufhebung des Reizes der Triebquelle und auf diesem Weg auf ein
- d) Objekt angewiesen sind, um ihr Ziel, die Befriedigung, zu erreichen. Das Objekt ist sehr variabel, fremd oder am eigenen Körper (Freud, 1915, S. 215). Triebe sind im Gegensatz zu Instinkten nicht festgelegte, vererbte Reaktionsformen. Triebe sind psychologisch definiert, sind keine somatischen Prozesse (Loch, 1995, S. 16f).

Freud hat insgesamt vier Triebtheorien formuliert, wobei hier drei erläutert werden (Loch, 1995, S. 17):

1) Die Theorie der Sexualtriebe: Freud sah darin die Faktoren, die in konflikthaftem Gegensatz zum Ich-Bewusstsein stehen können, die sich in neurotischen Zuständen, insbesondere in hysterischen Anfällen und anderen psychopathologischen Phänomenen zeigen. Zu den Sexualtrieben gehören alle sinnlichen Strebungen wie Zärtlichkeits- und Kontaktstreben, aber auch der Sadismus. Die Forschung über Sexualtriebe hat u. a. folgende Erkenntnisse gebracht:

- 1) Die kindliche Sexualität, welche von der damaligen Forschung übersehen wurde, wurde als wichtig anerkannt.
- 2) Die Lehre von der Entwicklung der Triebe, von ihrer Transformation und Sublimierung wird als Lehre der Tribschicksale zusammengefasst (Freud, 1915, S. 219). Damit meint Freud, dass Triebe verändert werden und sich z. B. in kulturellen Fertigkeiten zeigen können.
- 3) Die Triebe können in Partialtriebe, d. h. bestimmte Teilaspekte wie Einverleibungstrieb, unterteilt werden, die ihrerseits wieder unter dem Primat der Genitalität (Fortpflanzung) fusionieren können (Loch, 1995, S. 15–18).

Diese Erkenntnisse sind für das psychoanalytische Verständnis der Psychopathologie zentral – Entwicklungsstörungen der oben genannten Triebe führen zu psychopathologischen Phänomenen wie Perversionen und Charakterneurosen, also Persönlichkeitsstörungen. Die Trieb-

energie wird Libido genannt. Es ist die Triebenergie, die durch Desexualisierung der sexuellen Energie entstanden ist (Loch, 1995, S. 18).

*Ich- und Selbsterhaltungstriebe:* Später kam Freud zur Annahme, dass es zwei Grundtriebe gebe, den Eros und den Destruktionstrieb, auch Destrudo oder Todestrieb, Tanatos genannt (Freud, 1920, 1938, S. 71). Der Eros hat einen konstruktiven Charakter. Er beabsichtigt, grössere Einheiten aufzubauen und zu erhalten. Dem Tanatos geht es dagegen darum, das Lebende zu zerstören. Diese Ich- und Selbsterhaltungstriebe wirken von früher Kindheit an und werden u. a. von Lust und Unlust geprägt (Loch, 1995, S. 18–24).

*Seelische Struktur:* Das topische Modell geht davon aus, dass es ein Unbewusstes gibt, das vom Vorbewussten und dem Bewussten durch einen Zensor getrennt ist. Diese Instanz sorgt dafür, dass unbewusste Inhalte nicht ohne weitere Bearbeitung bewusst werden können. Der Zensor sorgt also für einen gewissen Realitätsbezug, indem er gewisse unbewusste Inhalte verdrängt oder abwehrt. Diese topologische Gliederung ging der strukturellen Gliederung der Psyche voraus.

*Funktion des Ichs:* Das Ich umfasst die verschiedenen Funktionen, die das Realitätsprinzip als Regulator des seelischen Lebens und des Gesamtverhaltens des Menschen garantieren. Es versucht ein Gleichgewicht zwischen den inneren, biologisch-triebhaften und den äusseren sozial kulturellen Realitäten zu schaffen (Loch, 1995, S. 27–30).

*Funktion des Es:* Das Es ist das Reservoir der Triebe und verdrängter Dispositionen, die erste der psychischen Instanzen. Es beinhaltet alles Vererbte, v. a. dem Körper entstammende Triebe (Freud, 1938, S. 67f). Ihm ist aber auch alles zuzurechnen, was verdrängt wurde. Dieses dynamisch unbewusste Material war einmal bewusst (Loch, 1995, S. 30).

*Funktion des Über-Ichs:* Diese psychische Instanz wird nach dem Vorbild der Eltern ausgebildet. Sie bildet ein Mass der zukünftigen Selbstbewertung und wird zu einer „Bedingung der Verdrängung“. Das Über-Ich steht dem Gewissen nahe und bekommt so einen verurteilenden und strafenden Charakter (Loch, 1995, S. 31).

Freud (1926, S. 229) weist darauf hin, dass Ich, Es und Über-Ich streng genommen nur im psychopathologischen Fall als singuläre Einheiten zu beobachten sind. In der „normal funktionierenden“ Psyche sind sie praktisch nicht voneinander zu trennen.

*Vorbewusst, unbewusst, bewusst:* Diese Begriffe stammen aus der topographischen Einteilung der psychischen Tätigkeit. Diese Topologie ging der strukturellen Gliederung der Psyche voraus. Die strukturelle Einteilung kann als Ergänzung der topographischen verstanden werden. Die topographische Einteilung sagt etwas darüber aus, ob ein psychischer Inhalt bewusst, unbewusst oder vorbewusst ist (Loch, 1995, S. 25).



#### 2.1.4 Abwehr

In diesem Teilkapitel soll dieses für die psychoanalytische Theorie wichtige Thema genauer beschrieben und anhand von zwei Abwehrmechanismen genauer erläutert werden.

Die klassische Auffassung von Abwehr ist mit dem triebpsychologischen Konfliktmodell verknüpft. Dabei ist Abwehr eine Ich-Funktion, die sich gegen Triebansprüche ausbildet. Eine Theorie der Abwehr wurde nicht durch Sigmund, sondern durch Anna Freud (1936) formuliert. Sie geht davon aus, dass Abwehr per se nicht pathologisch ist. Die Stärkung des Ichs und damit der Abwehrorganisation seien für die kindliche Entwicklung entscheidend und wichtig. Die Abwehrtheorie Sigmund Freuds ist Bestandteil seiner Konflikttheorie (Küchenhoff, 2002, S. 6f).

Die Abwehr kann definiert werden als Massnahme, um bestimmte Ereignisse (Gefühle, Wahrnehmungen etc.) aus dem Bewusstsein auszuschliessen, bzw. dies zu verhindern. Sie orientiert sich also an einer bestimmten und an einer Befriedigung gewährenden Wirklichkeit.

*1) Verdrängung:* Die Person ist sich des Vorhandenseins eines Gedankens, eines Gefühls oder eines verpönten Triebimpulses gegen ein Objekt nicht bewusst, wobei dieser Ausschluss von Gedanken, Affekten und Impulsen aus dem Bewusstsein unbeabsichtigt ist (Ehlers, 2002, S. 16f).

*2) Symptombildung:* Unbewusstes Material kann sich im Bewusstsein als Ergebnis eines Kompromisses zwischen dem Unbewussten, also Material aus der Triebshäre, strukturell dem Es, und Material des Über-Ichs zeigen (Loch, 1995, S. 37).

*Zusammenfassung:* Die Abwehr stellt insgesamt ein Geschehen dar, in der es um die Regulierung der Triebkräfte zugunsten der Bewahrung der Selbsterhaltung in der Realität, d. h. durch das Beziehungsfeld, geht.

*Entwicklungsstufen der Trieborganisation und der Objektbeziehungen:* Die Entwicklung wird durch die Libidoorganisation und die Entwicklung der Objektbeziehungen bestimmt. Dabei wird erstere von wechselnden Partialtrieben beeinflusst. Diese verfolgen den Lusterwerb bis hin zum Lustgewinn in der genitalen erogenen Zone. Sie verfolgt das Ziel der Fortpflanzung (Roskamp, 1995, S. 76).

## 2.2 Psychoanalytische Entwicklungspsychologie

Im Folgenden soll Freuds Publikation „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) erläutert werden:

In der Freud'schen Psychoanalyse wird die Rolle der Sexualität stark betont. Dabei wird oft nicht genügend anerkannt, dass es Freud nicht nur um die Rolle der Sexualität ging. Freud

beschränkte die Sexualität nicht auf die genitale, d. h. Sexualität der Erwachsenen. Er postulierte auch eine kindliche Sexualität, die sich zur Sexualität des Erwachsenen entwickelt.

Unter Perversion verstand Freud in diesem Zusammenhang jegliche Form von Lustempfindung und Sexualität, die nicht zur Fortpflanzung dient (Homosexualität, Voyeurismus, Fetischismus etc.): Perverse Tendenzen sind bei Neurotikern vorhanden. Die normale Sexualität entwickelt sich infolge körperlicher Veränderungen und psychischer Hemmungen durch Moral, Ekel etc. in der Kindheit. Der Geschlechtstrieb besteht aus vielen Faktoren, der in den Perversionen in seine Komponenten zerfällt. Perversionen sind Hemmungen und Dissoziationen der normalen Entwicklung. Viele sexuelle Tendenzen der Kindheit vereinigen sich später in der normalen Sexualität des Erwachsenen. Freud (1905) geht von einem zweizeitigen Ansatz der Sexualentwicklung aus. Diese Entwicklung wird durch die Latenzzeit unterbrochen.

Die kindliche Sexualität beginnt bereits im Kindesalter durch das „Ludeln“, das Lutschen und die lustvolle Nahrungsaufnahme. Diese orale Phase wird von der analen Phase abgelöst. Dabei sind die Ausscheidung und die Zurückhaltung des Darminhalts von Bedeutung. Anschliessend folgt die phallische Phase, in der das Kind sein Genital, den Penis oder die Klitoris, als erogene Zone kennenlernt und zur Lustgewinnung einsetzt. Diese kindliche Sexualität dauert bis ins 5. Lebensjahr an und wird durch die Latenzzeit abgelöst, die bis zur Pubertät andauert. Dann entwickelt sich die genitale Sexualität, wie wir sie bei Erwachsenen kennen. Der Geschlechtstrieb im Kindesalter ist zunächst objektiv und autoerotisch. In der Latenzzeit wird nach Freud sexuelle Erregung zum Aufbau sozialer Gefühle genutzt. Die Genitalzone wird also noch in der Kindheit wichtig. Die Oralzone (Mund und Mundschleimhaut) wird von einer zweiten prägenitalen Phase, die von Sadismus und Analerotik geprägt ist, abgelöst. In der dritten Phase, in der sich das Primat des Phallus entwickelt, wird die Genitalzone zur eigentlichen Sexualorganisation. Diese Phase ist ein wichtiger Vorläufer für die spätere Sexualorganisation (Freud, 1905).

Für das Kind steht die Lustgewinnung im Zentrum. Es erreicht sie u. a. durch Masturbation. Verführungen in der Latenzzeit führen zu deren Beendigung oder Unterbrechungen, was sich u. a. bei Frühreifen zeigt. Diese zeigen sich in „polymorph perversen Manifestationen“. Die Vorlust, welche die Lust zum Akt vorbereitet, ist bei Perversen ausgebildet. Der weitere Prozess des Akts wird bei ihnen nicht fortgesetzt. In der kindlichen Sexualentwicklung wird das Genital zur wichtigsten erogenen Zone und der Prozess der Objektfindung, von der Autoerotik zur „normalen“ Sexualität von Erwachsenen ausgebildet (Freud, 1905).

Nach Freud (1905) ist der Charakter eines Menschen v. a. durch „sexuelle Erregungen“ aufgebaut, der sich aus der während der Kindheit fixierten Trieben und durch deren Sublimierung manifestiert.

Auf diesem langen Weg können entwicklungsstörende Momente auftreten, die zu Fixierungen, d. h. Haftungen führen können. Sie beziehen sich auf eine zwanghafte Wiederholung der jeweiligen Themen in der spezifischen Sexualstufe (Freud, 1905). Im Rahmen der Substanzabhängigkeit wird dies unten genauer beschrieben.

Warum die Sexualentwicklung durch die Latenzphase unterbrochen wird, wird von Freud durch den Ödipuskomplex begründet. Dieser umfasst die Gesamtheit kindlicher Liebes-, Hass- und Schuldgefühle gegenüber den Eltern. Er ist auch das Ergebnis interpersoneller und familiendynamischer Vorgänge, die sich zwischen Eltern und Kind abspielen. Ein Beispiel dafür ist das Anerkennen der kindlichen Sexualität, bei gleichzeitiger Ablösung erotischer Bindung an die Eltern (Mertens, 2002, S. 514).

Der Ödipuskomplex besteht bei Freud (1923e, 1924d) aus den gesamten libidinösen und aggressiven Triebimpulsen eines Kindes gegenüber seinen Eltern. Freud hat den Ödipuskomplex ursprünglich nur für Knaben formuliert. Dabei werden beim Knaben die libidinösen und aggressiven Impulse und Phantasien mit dem Beginn der Latenz wegen der Angst, vom Vater kastriert zu werden, verdrängt. Die Identifizierung mit dem Vater führt zur Entstehung des Über-Ichs. Das Ausmass der Bewältigung des Ödipuskomplexes entscheidet wesentlich über die Ausprägung psychischer Krankheitsbilder (Mertens, 2002, S. 515f).

Freud thematisierte überwiegend die kindliche Triebnatur. Aus heutiger Sicht beinhaltet der Ödipuskomplex alle Entwicklungsaufgaben, die sich aus der Dreiecksstruktur und der Soziodynamik der Eltern-Kind-Beziehung ab der Geburt ereignen. Klinisch gesehen zeigt sich das Fortbestehen des Ödipuskomplexes bei beiden Geschlechtern in einem unbewussten Festhalten an dem Glauben, eigentlich der bessere Partner für einen Elternteil zu sein. Er zeigt sich in Schuldgefühlen, in scheiternden Paarbeziehungen, in Charakterzügen, wie Überangepasstheit, um dem unbewusst befürchteten Bestraftwerden zuvorzukommen etc. (Mertens, 2002).

## 2.3 Neurosenlehre

Die Neurosenlehre kann als Kern der psychoanalytischen Krankheitslehre angesehen werden. Freud selbst hat in seinen Vorlesungen 1916–17 (Freud, 1917) einen Überblick über seine Neurosenlehre gegeben. Da hier die Entwicklung der psychoanalytischen Neurosenlehre beschrieben werden soll, wird auf diese Publikation nur verwiesen. Sie gibt aber eine hilfreiche Einführung in die Thematik.

*Definition:* Eine Neurose ist eine psychische Krankheit. In ihrer Ätiologie spielen neben aktuellen psychischen Belastungen biografische Faktoren, z. B. unbewusste psychische Konflikte oder die Auswirkung frühkindlicher Traumatisierungen eine wichtige Rolle (Henningsen, 2002, S. 487f).

Die psychoanalytische Theorie entwickelte sich zu Beginn aus Freuds wissenschaftlichem Ziel, gegen die damaligen Lehrmeinungen eine psychogene Ätiologie von Neurosen zu entwickeln. Es ging ihm v. a. darum, seine Theorie durch die Behandlung von Hysterischen und Zwangsneurotikern wissenschaftlich abzusichern. In den ersten Arbeiten zur Hysterie sieht er den Prototyp der Neurose als Ausdruck einer funktionellen Störung des Nervensystems (Freud, 1892–1893). Zwischen 1895 und 1898 nimmt er bei weiteren nosologischer Differenzierungen von Neurosen unterschiedliche Ursachen in Zusammenhang mit Sexualität an. In den Vorlesungen von 1916/17 (Freud, 1917) differenziert er psychogene Ätiologien je nach Libidobesetzung auf das Objekt oder das Ich. 1924 machte Freud deutlich, dass die Neurose ein Erfolg eines Konflikts zwischen dem Ich und dem Es sei. Dieser „Kern der Neurose“ stellt zugleich die gescheiterte Bewältigung des Ödipuskomplexes dar. Die Übertragungsneurose entspricht dem Konflikt zwischen Ich und Es, die narzisstische dem zwischen Ich und Über-Ich und die Psychose zwischen Ich und Aussenwelt (Freud, 1924b). Mit narzisstischer Psychose ist nun im Vergleich zu früheren Arbeiten die Melancholie, also die Depression, gemeint und nicht mehr andere Psychosen. Freuds Neurosen-Konzeption ist also in Stufen aufgeteilt, welche Symptome beschreibt, die mit ätiologischen Annahmen verknüpft sind. Beim psychoanalytischen Neurosenkonzept ist die Grenze zur Normalität fließend, eher quantitativ als qualitativ (Henningsen, 2002, S. 488f).

Insgesamt hat das Neurosen-Konzept seit 1940 eine erkennbare Bedeutungseingrenzung erfahren. Es zeigte sich, dass die mit diesem Konzept implizierte Ätiologie psychischer Krankheiten als eine Kompromissbildung aufgrund unbewusster Konflikte nicht für alle psychoanalytisch behandelbaren Patienten zutrifft (Henningsen, 2002, S. 490f). Die etwas unpräzisen Gleichsetzungen lauten: ich-strukturelle Störung = unreife Störung = Persönlichkeitsstörung, Substanzabhängigkeit, psychosomatische Störung; konfliktpathologische = reife Störung = klassische Neurose (Rudolf, 1977).

### 2.3.1 Konflikt

#### *Einführung*

Der Konfliktbegriff ist in der psychoanalytischen Literatur und v. a. in den frühen psychoanalytischen Modellen zentral. Zudem ist er im empirischen Teil dieser Arbeit zentral, da Patien-

ten nach ihren Konflikten beurteilt wurden. Der Konfliktbegriff soll zuerst beschrieben, danach Freuds Konfliktverständnis und schliesslich das Konfliktverständnis der unterschiedlichen psychoanalytischen Modelle differenziert werden.

### *Begriffsdefinition*

Konflikt (lateinisch: Zusammenstoss) heisst allgemein das Zusammentreffen unterschiedlicher Positionen innerhalb einer Person (innerer Widerstreit von Motiven, Wünschen, Werten und Vorstellungen) oder zwischen mehreren Personen (Brockhaus, 1990).

In der Psychologie wird der Konflikt als das Aufeinandertreffen entgegengesetzter Verhaltenstendenzen (Motive, Bedürfnisse, Wünsche) definiert (Arbeitskreis OPD, 2006).

Seit Freud wird im psychodynamischen Denken den inneren Konflikten eines Menschen ein zentraler Stellenwert zugewiesen. Freud sah diese ursprünglich (1895, 1952) als ursächlichen Faktor für die Entstehung von Neurosen. Konflikte hat er als mit den Normen, Werten und Gedanken nicht vereinbare Vorstellungen beschrieben. Diese oft peinlichen Vorstellungen unterliegen der Verdrängung, werden abgewehrt und sind damit unbewusst. Freud sieht im Konflikt den Widerspruch zwischen dem Lustprinzip und der äusseren Realität. Im Falle eines gelungenen Umgangs mit den Konflikten lernt das Ich zwischen inneren und äusseren Ansprüchen zu vermitteln. Ist das Ich dazu nicht in der Lage, kommt es zu unbewussten neurotischen Konflikten. Diese behindern die Entwicklung eines Menschen, indem sie ihm Abwehrkraft abfordern oder das zwischenmenschliche Zusammenleben stören. Psychodynamische Konflikte sind also innere, unbewusste Konflikte und müssen abgegrenzt werden von äusseren und inneren konflikthaften Belastungen (Arbeitskreis OPD, 2006).

Unbewusste intrapsychische Konflikte sind unbewusste, intraseelische Zusammenstösse entgegengesetzter Motivationsbündel, z. B. der basale Wunsch nach Versorgung und der basale Wunsch, autark zu sein. Konflikthafte Belastungen hingegen sind bewusst und prinzipiell einer Verarbeitung und Lösung zugänglich. Der zeitlich überdauernde psychodynamische Konflikt ist gekennzeichnet durch festgelegte Ergebnismuster eines Menschen, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen. Sie sind dem Menschen nicht bewusst und können durch ihn willentlich nicht überwunden werden (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 95–98).

In der Psychoanalyse wird von Konflikt gesprochen, wenn sich im Subjekt gegensätzliche innere Forderungen gegenüberstehen. Es kann sich um einen manifesten, z. B. zwischen einem Wunsch und einer moralischen Forderung oder zwischen zwei sich widersprechenden Gefühlen, oder um einen latenten Konflikt handeln. Er stellt sich dabei in entstellter Form in

einem manifesten Konflikt dar oder zeigt sich in Symptombildung, Verhaltensstörungen, Charakterstörungen etc. Die Psychoanalyse betrachtet den Konflikt als zum Menschen gehörend: Konflikt zwischen dem Wunsch und der Abwehr, Konflikt zwischen den verschiedenen Systemen oder Instanzen, Konflikte zwischen den Trieben. Beim ödipalen Konflikt werden nicht nur entgegengesetzte Wünsche einander konfrontiert, sondern sie setzen dem Verbot Widerstände entgegen (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 256f).

In psychoanalytischen Nachschlagewerken (vgl. Mertens & Waldvogel, 2002) wird der Konflikt v. a. nach Freud beschrieben, der klassischen Auffassung, die am ehesten mit dem triebpsychologischen Modell beschrieben werden kann. Das ich- und selbstpsychologische und das objektpsychologische Modell werden dabei oft zusammen kurz beschrieben. Der Konfliktbegriff wird also in einen historischen Zusammenhang der psychoanalytischen Theorie gesetzt. Er wird nicht a priori den verschiedenen psychoanalytischen Modellen einzeln getrennt zugeordnet. In dieser Arbeit werden diese Begriffe getrennt nach ihren psychoanalytischen Schulen dargestellt.

### *Konflikt bei Freud*

Letztlich zeigt sich in Freuds Publikationen, dass Freud versucht, den Konflikt auf einen nicht reduzierbaren Dualismus zurückzuführen, wobei zwei einander entgegengesetzte Kräfte (Strebungen) gegenübergestellt werden. Dabei bildet die Sexualität immer eine der beiden Konfliktpole. Der andere wird in wechselnden Realitäten (Ich, Ichtriebe, Todestrieb) gesucht (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 258f).

In ihren Anfängen begegnete die Psychoanalyse dem psychischen Konflikt, indem er zum zentralen Begriff der Neurosenlehre wurde. Die Studien über Hysterie (Freud, 1895) zeigen, wie Freud in der Behandlung einem vermehrten Widerstand begegnet, je eher er sich den pathogenen Erinnerungen nähert. Das neurotische Symptom wird als Produkt eines Kompromisses zwischen zwei Vorstellungen gesehen, die sich wie zwei im entgegengesetzten und realen Sinn wirkende Strebungen verhalten. Es lässt sich bei diesen Symptomen folgender Vorgang finden: Kompromiss, Verdrängung, Ersetzung unter Kompromissbildung, Symptom (psycho-neurotisches Symptom sensu Freud) (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 257).

Metapsychologisch ist Freuds Konfliktbegriff schwer erklärbar. Der Konflikt lässt sich auf zwei relativ getrennten Ebenen erklären: Auf der topischen Ebene zeigt er sich als Konflikt zwischen System oder Instanzen und auf der ökonomisch-dynamischen Ebene als Konflikt zwischen Trieben. Beim topischen Modell lässt sich der Konflikt schematisch als Gegensatz der Systeme Unbewusstes einerseits und Vorbewusstes-Bewusstes andererseits beschreiben.

Dieser wird durch die Zensur getrennt. In anderen Termini ist dies psychoanalytisch mit der Dualität des Lust- und des Realitätsprinzips zu beschreiben, indem das letztere versucht, die Überlegenheit über das erstere zu sichern. Bei Freud ist es also der Konflikt zwischen Sexualität und einer verdrängenden Instanz. Später suchte Freud die verdrängende Instanz auf einer Triebgrundlage zu basieren. Konflikte wurden nun als Dualismus zwischen Sexualtrieben und Selbsterhaltungstrieben (Ichtrieben) verstanden. In der zweiten Topik wird ein Persönlichkeitsmodell dargestellt, das Konflikte zwischen den Instanzen Es, Ich und Über-Ich sieht (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 258).

Schliesslich wendet Freud den Konflikt auch auf den Triebdualismus zwischen Lebenstrieb und Todestrieb an. Dies wurde aber auch kritisch diskutiert (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 259).

Bei Freud stand der Konflikt von Beginn seiner psychoanalytischen Tätigkeit und Forschung an im Zentrum. Er entwickelte den Begriff aber auch mehrmals weiter. Freuds Anliegen bestand darin, Neurosen (psychische Störungen) nicht nur zu beschreiben oder zu klassifizieren, sondern sie als Äusserung zielstrebigender Tendenzen (Konflikte) zu verstehen, die zusammen oder gegenseitig arbeiten. In seinem 1. Konfliktmodell geht Freud davon aus, dass der Konflikt durch die Behinderung der Affekt-Verarbeitung, einer Ich-Leistung, aus Vergessen, Unterdrücken und schliesslich der psychopathologischen Reaktion darauf besteht. In diesem Modell (Freud, 1895) stehen sich im Ich bestimmte Vorstellungen unverträglich gegenüber. Konflikte und Konflikttheorien wurden zu verschiedenen Zeiten von Freud in einen wechselnden theoretischen Rahmen gestellt. Im ersten Entwurf der Triebtheorie nahm Freud Sexual- und Ich-Triebe an und der Konflikt wurde zwischen diesen beiden Triebgruppen beschrieben (Freud, 1910). Durch die Weiterentwicklungen der Triebtheorie wurden die aggressiven Tendenzen den Ich-Trieben zugeordnet, so dass Ich- und Sexualtriebe leicht in Gegensatz zueinander treten können (Freud, 1915, S. 231). In seiner letzten Formulierung der Triebtheorie wird ein Gegensatz zwischen Lebenstrieb (Eros) und Todestrieb (Tanatos) angenommen. Durch die Einführung des Instanzenmodells – Es, Ich und Über-Ich – konnte eine neue Sichtweise psychischen Konflikts und der Modalitäten ihrer Ausgestaltung angewendet werden. Konflikte sind nun Folge des Spiels des Kräftemessens zwischen den Systemen und zeigen sich als Gegensatz zwischen Ich und dem Verdrängten (Freud, 1924b). Freud hat so mehrere psychopathologische Störungsbilder beschrieben: Die Übertragungsneurose entspricht dem Konflikt zwischen Ich und Es, die narzisstische Neurose zwischen Ich und Über-Ich und die Psychose zwischen dem Ich und der Aussenwelt (Freud, 1924b, S. 390). Der Konflikt ist nun

zu Beginn also immer ein äusserer, der im Laufe der Entwicklung verinnerlicht und zu einem intrapsychischen Konflikt wird (Schüssler, 2002).

#### *Konflikte innerhalb der klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorie*

Psychodynamische Konflikte (s. o.) wurden mit der Entwicklung des Instanzen-Modells durch Freud als intersystemische Konflikte zwischen Ich und Es, Ich und Über-Ich und Über-Ich und Realität angesehen. Später wurden noch intrasystemische Konflikte (z. B. unterschiedliche Komponenten des Über-Ichs) hinzugefügt (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 98f).

#### *Konflikt in verschiedenen psychoanalytischen Modellen*

##### *Einführung*

Eine Zuordnung verschiedener Konfliktverständnisse zu den verschiedenen psychoanalytischen Modellen (triebpsychologischen, ichpsychologischen, selbstpsychologischen und objektpsychologischen) scheint letztlich künstlich, da sich die Modelle nicht grundsätzlich widersprechen. Es ist aber für die Betrachtung der Arbeit, in welcher die Modelle getrennt beschrieben werden, doch sinnvoll, die verschiedenen Konfliktvorstellungen getrennt darzustellen.

Anschliessend sollen die verschiedenen Konfliktbegriffe in den verschiedenen psychoanalytischen Modellen dargestellt werden:

##### *Triebpsychologisches Modell*

Wie oben beschrieben ist das triebpsychologische Modell nicht vollkommen von Freuds Ansichten zu trennen. Es entspricht einer Schaffensperiode Freuds, wurde aber auch von anderen Autoren weiterentwickelt. Deshalb sollen hier die grundlegenden Positionen des triebpsychologischen Modells in Bezug auf den Konfliktbegriff erläutert werden. In diesem Zusammenhang wird das triebpsychologische Modell mit der klassischen psychoanalytischen Position gleichgesetzt.

Der Ödipuskomplex steht im Mittelpunkt der Pathologie. Zeitlich früher liegende Konflikte und später liegende Konflikte wurden vernachlässigt. Die Konflikte wurden v. a. in ihrer Entstehung der psychosozialen, sexuellen Entwicklungsstufe (oralen, analen und ödipalen) zugeordnet (Schüssler, 2002, S. 387f).

##### *Ich- und selbstpsychologisches Modell*

Auch wenn sich andere Autoren zu diesem Thema geäussert haben (Wurmser, s. u.), so sollen hier die Ansichten Freuds erläutert werden, die ichpsychologische Ansätze betonen.



Die zweite Topik zeigt ein Persönlichkeitsmodell, das anders und den konkreten Modalitäten mehr angenähert ist, Konflikte zwischen den Instanzen, innere Konflikte in einer bestimmten Instanz, z. B. zwischen den väterlichen und mütterlichen Seiten im Über-Ich (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 258).

Wegen der grossen Übereinstimmung des ich- und des selbstpsychologischen Modells wird hier nicht spezifisch auf die Positionen des selbstpsychologischen Modells eingegangen. Im ichpsychologischen und im objektpsychologischen Modell tritt die normale und pathologische Ich- und Über-Ich-Entwicklung im Wechselspiel mit inneren und zwischenmenschlichen Objektbeziehungen in den Fokus des Interesses (Schüssler, 2002, S. 388).

### *Objektpsychologisches Modell*

Im Gegensatz zum Modell des Entwicklungskonfliktes (vgl. ichpsychologisches Modell) hat die Objektpsychologie das Modell des Entwicklungsschadens erarbeitet. Es geht dabei um Auswirkungen früherer Konflikte, also v. a. um schwere Vernachlässigungen, Misshandlungen und Nichtberücksichtigung kindlicher Grundbedürfnisse (Schüssler, 2002, S. 388).

Die Objektpsychologie schafft einen neuen Konfliktbegriff, in dem trianguläre Beziehungsmodelle, jenseits der klassischen ödipalen Konfliktsituation, möglich sind. Es benutzt als Grundelement die Interaktionserfahrung eines Kindes, die in ihren traumatischen Ausprägungen oder ihrem Versagen in immer wiederkehrenden Beziehungserfahrungen konfliktstiftend waren (Schüssler, 2002, S. 388).

## 2.3.2 Struktur

### *Einführung*

Auch der Strukturbegriff ist in der psychoanalytischen Literatur zentral. Letztlich können die psychoanalytischen Modelle zur Substanzabhängigkeit aufgrund unterschiedlicher Strukturmodelle bestimmt werden. Nach einer kurzen Begriffsdefinition zur Struktur, wird der Strukturbegriff innerhalb der verschiedenen psychoanalytischen Modelle beschrieben.

Unter Struktur wird das ganzheitliche Gefüge von Dispositionen verstanden. Sie ist relativ zeitstabil und umfasst alles, was im Leben und Verhalten des einzelnen Menschen regelhaft und wiederholend abläuft. Der einzelne stellt immer wieder aufs Neue sein intrapsychisches und interpersonelles Gleichgewicht her (Rudolf et al., 1995).

Wie auch in anderen Wissenschaften lässt sich in der psychoanalytischen Literatur kein einheitlicher Strukturbegriff finden. In der historisch gewachsenen Diskussion lassen sich mehrere Schwerpunkte unterscheiden (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 113–115).

Der Begriff der Struktur wurde zwar durch Freud im Instanzenmodell begründet, dem Begriff der Struktur wurde aber erst in neuerer Zeit (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006) vermehrt Bedeutung geschenkt. Es ist auffallend, dass dem Strukturbegriff in modernen Nachschlagewerken (Laplanche & Pontalis, 2002; Mertens & Waldvogel, 2002) wenig Bedeutung geschenkt wird. Dagegen hat der klinische Begriff der strukturellen Störungen, der v. a. durch die Pioniere in diesem Gebiet, Hartmann, Kris und Löwenstein (1940) und in den 1950er Jahren durch die Erkenntnisse der Ichpsychologie geprägt wurde, eine lange psychoanalytische Tradition. Er hat dadurch an Bedeutung gewonnen (Rüger, 2002, S. 679f).

### *Struktur in den verschiedenen psychoanalytischen Modellen*

#### *Einführung*

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ansichten Freuds und der verschiedenen psychoanalytischen Modelle beschrieben. Das triebpsychologische Modell wird dabei nicht erwähnt, da dieses nicht einen eigenständigen Strukturbegriff geprägt hat.

#### *Struktur bei Freud*

Das topographische Strukturmodell (z. B. Freud, 1923, 1933) geht von Strukturverhältnissen der Persönlichkeit aus. Freud meint damit das Zusammenspiel von Ich, Es und Über-Ich. Die Topographie ist dabei z. B. in bewusst/unbewusst zu unterscheiden. Bei der Charakterstruktur handelt es sich um Begriffe, die in einer reduzierten Form Typologien von charakterlichen Haltungen beschreiben (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 115).

#### *Ich- und selbstpsychologisches Modell*

*Ich-Struktur:* Nach der Ausführung der psychoanalytischen Ich-Psychologen (u. a. Hartmann, 1960) wurde es möglich, Ich-Funktionen zu systematisieren und später zu operationalisieren (Einschätzung der Ich-Stärke, Ich-Schwäche). Abgesehen vom Vokabular unterscheidet sich die selbstpsychologische Sicht der Selbststruktur wenig von der Ichstruktur und wird deshalb hier nicht ausgeführt.

#### *Objektpsychologisches Modell*

*Struktur der Objektbeziehungen:* Die psychoanalytische Theorie der Internalisierungsprozesse mit ihren Reifungsschritten der Errichtung von Objektrepräsentanzen und Selbstrepräsentanzen wurde von Kernberg (1976, 1977, 1980, 1984) systematisch dargelegt. Dabei wurden

mehrere psychoanalytische Konzepte integriert und die Kriterien für das Funktionsniveau der Persönlichkeit genutzt.

*Entwicklungspsychologie der Struktur:* Die klassische Theorie (Oralität bzw. frühe libidinöse Beziehung) stellt Vorgänge der körperlichen Versorgung und der Ernährung in den Vordergrund. In dieser frühen Entwicklung beginnt sich das Ich zu organisieren. Es interessiert sich, sich handlungsbereit und emotional auf die Welt der Objekte auszurichten (intentional-kommunikative Funktion des Ichs, Rudolf, 1977). Die strukturellen Fähigkeiten werden darauf durch repetitive Interaktionen des Säuglings und verfügbarer Objekten (wie Eltern) gefördert. Die Entwicklung der Struktur des Selbst ist dann vorläufig abgeschlossen, wenn das Ich sich selbst zum Objekt nehmen und sich reflexiv auf sich selbst beziehen kann. Damit verbunden ist ca. ab dem 18. Lebensmonat die zu beobachtende Möglichkeit der begrifflich-symbolischen Repräsentation. Die Struktur des Selbst und die Struktur der Objektbeziehungen reifen in intensiver Verflechtung. Das Selbst gewinnt zunehmend an Kohärenz, Abgrenztheit und Fähigkeit der Selbstorganisation. Damit festigt sich die Objektbindung an die Sicherheit gebenden anderen. Die Sicherheit der Objektbindung begünstigt die Entwicklung der Selbstautonomie. Sie ermöglicht es dem Selbst, sich von den Objekten zu lösen. Am Ende der Entwicklung steht ein autonomes Selbst, das ein Identitätsgefühl entwickelt hat. Es kann sein Selbstbild, seinen Selbstwert, seine Steuerungs- und Handlungsfähigkeit immer wieder regulieren (Arbeitskreis OPD, 2006, 116f).

### 3. Psychoanalytische Suchttheorien

Der Aufbau der Darstellung der Suchtmodelle gestaltet sich so, dass zu Beginn jedes Modells eine Einführung gegeben wird, gefolgt von Ausführungen. Schliesslich wird jedes Modell zusammengefasst. Bei für dieses Thema wichtigen Autoren werden biographische Angaben gegeben. Nachfolgend werden psychoanalytische Theorien zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution erläutert. Eingeführt werden sie durch die Vorstellung der Begriffe Über-Ich, Selbstobjekt, paranoid-schizoide und depressive Position und Winnicotts Konzept des Übergangsobjekts und des Übergangsraums (Winnicott, 1953b/1979), die für diese Thematik bedeutsam sind. Danach werden Gemeinsamkeiten von psychoanalytischen Suchtmodellen beschrieben.

#### 3.1 Begriffsdefinition

Eine Substanzabhängigkeit kann je nach theoretischem Hintergrund verschieden definiert und/oder beschrieben werden. Im Folgenden soll die Substanzabhängigkeit deskriptiv, anschliessend ein biopsychosoziales Modell und schliesslich psychodynamische Aspekte beschrieben werden.

Die WHO (World Health Organization) beschreibt psychische Störungen deskriptiv. So charakterisiert die WHO (1992) das Abhängigkeitssyndrom folgendermassen: Es handelt sich dabei um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person vorrangig ist gegenüber anderen Verhaltensweisen. Charakteristisch ist dabei der oft starke (zwanghafte) Wunsch nach der Substanz sowie das Entzugssyndrom nach Beendigung oder Reduktion des Konsums.

Es handelt sich dabei um substanzgebundene Abhängigkeiten, die zwanghafte Verhaltensweisen wie Spielsucht ausschliessen. Diese Substanzen können kognitive Fähigkeiten unterschiedlich stark beeinflussen und körperlich unterschiedlich stark abhängig machen (vgl. Nikotin-, Alkohol-, Opiatabhängigkeit etc.). Im Rahmen der Opiatabhängigkeit und speziell bei der Heroinabhängigkeit ist bedeutsam, dass der Konsum dieser Substanz vorrangig ist und ein Entzugssyndrom auftritt, wenn der Konsum beendet oder reduziert wird.

Wird eine Substanz wie Heroin durch Methadon substituiert, fällt das Entzugssyndrom weg. Nach der Definition der WHO (1992) kann die Methadonsubstitution nicht als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet werden, da deren Kriterien bei einer angemessenen Substitution wegfallen. Es ist eine medikamentöse Behandlung, die versucht, die Symptome der Substanz-

abhängigkeit zu reduzieren und den Betroffenen einen möglichst normalen Alltag zu ermöglichen. Aufgrund medizinischer Erkenntnisse wird heute verbreitet eine längerfristige Substitution angestrebt, um die Substanzabhängigkeit zu behandeln.

Feuerlein (1987) betrachtet diagnostisch die Dynamik und die Entwicklung des Suchtgeschehens als Dreieck aus Primärpersönlichkeit, Droge und Umwelt. Dabei beeinflussen sich diese Faktoren gegenseitig. Eine einheitliche Persönlichkeitsstruktur für alle Süchtigen konnte nicht gefunden werden. Eine genetische Disposition wird heute als sicher angenommen (Subkowski, 2000, S. 253).

Heute wird übereinstimmend das biopsychosoziale Modell (Feuerlein et al., 1998) von den jeweiligen Disziplinen mit entsprechender Akzentuierung der biologischen, psychischen oder sozialen Verursachungsfaktoren in Bezug auf die Frage nach der Entstehung der Substanzabhängigkeit herangezogen.

Bei der Diagnostik von Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich um fließende Übergänge zwischen Abhängigkeit, schädlichem Gebrauch, Gewöhnung, neurotischen bzw. gesunden Verhaltensweisen (Subkowski, 2000). Das heißt also, dass es sich bei der Substanzabhängigkeit um ein sehr heterogenes Phänomen handelt. Trotzdem scheint dem Autor eine Unterscheidung von Abhängigkeiten verschiedener Substanzgruppen sinnvoll.

Die Psychoanalyse versteht unter Sucht allgemein einen inneren Zwang, die hemmungslose unbezwingbare Gier, einen bestimmten Stoff einzunehmen, ohne Rücksicht oder bewusster/unbewusster Einbeziehung seiner schädigenden Folgen (Lürßen, 1976, S. 838).

Psychodynamisch kann das Symptom süchtigen Verhaltens auf unterschiedlichen Ebenen der Persönlichkeitsstruktur betrachtet werden (s. u.).

Aktuell besteht die Auffassung, dass die Ätiopathogenese der Substanzstörungen von einem multifaktoriellen Ursachenbündel bestimmt wird (Frosch, 1970; Zinberg, 1975; Subkowski, 2000). Dabei verflechten und beeinflussen sich genetische und konstitutionelle Faktoren, frühe internalisierte Beziehungserfahrungen, erworbene Bewältigungsmechanismen des Ichs, aktuelle soziale Beziehungen und Bedingungen und physiologisch/biochemische Auswirkungen der Substanz gegenseitig und ergänzen sich.

Ursprünglich setzten Psychoanalytiker den Fokus der Erforschung der Substanzabhängigkeit auf ihre psychische Funktion. Bereits Fenichel (1945) stellte fest, dass der Ursprung und das Wesen der Sucht nicht durch die chemische Wirkung der Substanzen bestimmt werden, sondern durch die psychische.

## 3.2 Psychodynamische Aspekte und psychoanalytische Theorien zur Substanzabhängigkeit

### 3.2.1 Psychodynamische Aspekte der Substanzabhängigkeit

Die Psychodynamik geht von mehreren Bestandteilen aus, die sich gegenseitig beeinflussen. Psychodynamik meint im ätiologisch psychoanalytischen Modell den Zusammenhang zwischen:

- (1) Biographie, Lebensgeschichte und psychische Entwicklungsbedingungen, die das
- (2) daraus resultierende psychische Strukturniveau, das nach dem Entwicklungsstand von Trieb, Es, Ich und Über-Ich bestimmt wird und welches aufgrund von
- (3) Misslingen der Anpassung an Lebenssituation und an Lebensleistungen, wie Beruf, Partnerwahl etc., somit einem Versagen an der Realität zur
- (4) Manifestation einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung als Fehlanpassung führt, die sich
- (5) im Fall der Fehlanpassung durch Konsum chemischer Substanzen als Suchtentwicklung und schliesslich als Suchtstruktur mit ihren jeweiligen Symptomen zeigt.

Die Psychodynamik der Sucht beschreibt also Prozess und Struktur der Sucht, die dynamischen Prozesse der Suchtentstehung und die daraus entstandenen Suchtstrukturen (Bilitza, 2008, S. 14f).

Die Psychodynamik der Substanzabhängigkeit wird also als ein Prozess verschiedener Faktoren gesehen, die sich gegenseitig beeinflussen und die von den Autoren möglichst genau beschrieben wird.

### 3.2.2 Psychoanalytische Theorien der Substanzabhängigkeit

#### *Einleitung*

Da die Gruppe von Substanzabhängigen sehr heterogen ist, können alle im Folgenden beschriebenen psychoanalytischen Suchtmodelle (triebpsychologisches, ichpsychologisches, selbstpsychologisches und objektpsychologisches Modell) auf den konkreten Einzelfall zum Verständnis der Psychodynamik beitragen und angewendet werden (Subkowski, 2000, S. 254).

Im Folgenden werden mehrere psychoanalytische Suchtmodelle anhand wichtiger Texte der diesbezüglichen Thematik vorgestellt. Für umfassende Übersichtsliteratur zur Psychodynamik von Süchten wird auf Schretzenmayer (1993) verwiesen. Auf diese Publikation wird nicht näher eingegangen, da sie sehr detailliert ist, auch nicht psychoanalytische Autoren ein-

schliesst und theoretisch einen anderen Fokus als diese Arbeit festlegt. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass bei den folgenden Ausführungen Suchtmodelle der französischen Psychoanalyse nicht erwähnt werden.

### 3.3 Triebpsychologisches Modell

#### *Einführung*

Dem triebpsychologischen Modell werden zeitlich die frühesten psychoanalytischen Schriften zur Sucht und deren Autoren zugeordnet, die also noch nahe an Freuds Triebtheorie (s. u.) orientiert sind.

Generell bezogen sich die triebpsychologischen Theorien in der Psychoanalyse eng auf die Behandlungspraxis. Dabei stand zunächst nur das klassische Standardverfahren mit der freien Assoziation zur Verfügung. Damit verbunden war die Behandlung auf der Couch, u. a. mit der Abstinenz des Psychoanalytikers. Mit dieser Technik wurden Patienten mit Neurosen behandelt. Teilweise wurden Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeiten von dieser Behandlungsmethode ausgeschlossen.

#### *Zusammenfassung*

Nach der klassischen Triebtheorie strebt der Süchtige nach Lustgewinn – ein schwaches Ich und gering entwickeltes Über-Ich unterliegen dem Lustprinzip und versagen am Realitätsprinzip. Die Anforderungen der Realität können nicht erfüllt werden und werden mit Regression auf die Fixierungsstellen der Libidoentwicklung beantwortet (Bilitza, 2008, S. 19).

#### 3.3.1 Freuds Sichtweise der Sucht

##### *Ankündigung des Autors*

Sigmund Freud (1856–1939) wurde als Sohn jüdischer Eltern im Kaisertum Österreich geboren. 1873 begann er in Wien Medizin zu studieren. 1881 doktorierte er zum Thema „Über das Rückenmark niederer Fischarten“. Von 1881 bis 1885 arbeitete er im Wiener Allgemeinen Krankenhaus im Laboratorium für Gehirnanatomie. 1884 bis 1887 forschte er über Kokain. 1885 reiste er nach Paris und besuchte die psychiatrische Klinik am Hôpital Salpêtrière unter Jean-Martin Charcot. Dieser war Professor für Pathologische Anatomie und hatte die Hysterie als Krankheit diagnostiziert und sie mit Hypnose zu heilen versucht. Freud lernte darauf bei Charcot über Hysterie. Zuvor hatte er sich in Wien mit dem Arzt Josef Breuer über Hysterie unterhalten und mit ihm über dessen Patientin Anna O. eine Fallvignette publiziert (Freud,

1895). 1885 wurde Freud habilitiert und erhielt eine Privatdozentur für Neuropathologie an der Universität Wien. 1886 liess er sich als Arzt nieder. 1889 reiste Freud nach Nancy, wo er Hypolyte Bernheim, der die „posthypnotische Suggestion“ durchführte, traf. Aus diesen Versuchen schloss er, dass es ein Unbewusstes gebe, das für viele Handlungen ausschlaggebend sei (Gay, 1988; Jones, 1954–1957).

Ab 1896 prägte Freud den Begriff „Psychoanalyse“. Freud sah diese zu Beginn v. a. als Weiterentwicklung von Breuers Technik. Er entwickelte dabei eine Theorie, die auch in seiner Behandlungstechnik Anwendung fand. In dieser Arbeit kann aus Platzgründen nicht auf die Behandlungstechnik eingegangen werden. 1902 gründete er die „Psychologische Mittwochs-Gesellschaft“ aus der 1908 die „Wiener Psychoanalytische Vereinigung“ wurde. Später wirkte Freud auch als Religionskritiker. 1938 emigrierte er mit seiner Familie wegen des Zweiten Weltkriegs nach London, wo er am 23. September 1939 nach langjähriger Krebserkrankung starb (Gay, 1988; Jones, 1954–1957).

### *Freuds Publikationen zu Substanzkonsum und -abhängigkeit*

#### *Einführung*

Sigmund Freud selbst hat in seinem umfangreichen Werk der Psychoanalyse der Substanzabhängigkeit niemals eine explizite Arbeit gewidmet (Rost, 1992). In seinen Schriften finden sich nur Bemerkungen zur Substanzabhängigkeit, v. a. in der kulturwissenschaftlichen Publikation „Das Unbehagen in der Kultur“ (Freud, 1930). Es kann nur spekuliert werden, ob es die klinischen Experimente und persönlichen Erfahrungen mit Kokain oder seine zeitlebens bestehende Nikotinsucht waren, die ihn davon abhielten (Bilitza, 2008).

Der Fall „Anna O.“, eine Patientin (Bertha Pappenheim), die von Josef Breuer behandelt wurde, gilt als Urpatientin der Psychoanalyse. Sie wurde wegen ihrer Trigemini-Neuralgie und Schlafstörungen behandelt. Breuer und Freud (1895) entwickelten mit ihr die Psychoanalyse. Weniger bekannt ist, dass sie Breuer mit Morphin und Chloralhydrat (Schlafmittel, Barbiturat) behandelte und sie von diesen Substanzen abhängig wurde. Die Behandlung misslang (Hirschmüller, 1978).

Freud beobachtete deshalb 1898, dass nicht jedermann, der eine Zeitlang Morphin, Kokain, Chloralhydrat u. dgl. zu nehmen Gelegenheit habe, eine Sucht nach diesen Substanzen entwickle. Die Narkotika seien zum Ersatz, direkt oder auf Umwegen, des Sexualgenusses bestimmt. Wo sich normales Sexualleben nicht mehr herstellen lasse, dürfe man den Rückfall des Erwähnten erwarten (Freud 1905, S. 27).



In den Jahren 1884 bis 1887 hat Sigmund Freud mehrere Aufsätze über Kokain publiziert. Er hat Kokain bei „nervösen“ Leiden verschrieben und als Stimmungsaufheller, also Antidepressivum, angesehen und es deshalb bei Patienten eingesetzt und er selbst hat es auch eingenommen. Freuds Hoffnung, Kokain für den Entzug von Opiaten einsetzen zu können misslang, als das hohe Suchtpotential des Kokains bekannt wurde. Freuds Empfehlungen wurden deshalb heftig angegriffen. Dies gipfelte für Freud in der misslungenen Behandlung des morphiumabhängigen Ernst von Fleischl. In späteren Jahren zog Freud aus eigenen und fremden Erfahrungen mit dieser und anderen Drogen im Kontext psychoanalytischer Theoriebildung weitergehende Schlüsse hinsichtlich der Möglichkeit, die Not des Lebens bzw. Kränkungen zu bewältigen (Nitzschke, 2008).

Freud ging in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) von einer oralen Fixierung beim Abhängigen aus. Er formulierte früh, dass die Substanz im Dienst einer zwanghaften Triebbefriedigung steht und dem Lustprinzip folgt (Subkowski, 2008, S. 51).

### *Zusammenfassung*

Für Freud standen Substanzen nicht im Zentrum seines Interesses. In seinen Publikationen hat er vereinzelt Bemerkungen zu Sucht und Substanzen wie Kokain gemacht. Er selbst war starker Raucher und machte Erfahrungen mit Kokain. Doch Freud formulierte die Grundzüge des triebpsychologischen Modells, den oralen und zwanghaften Charakter des Abhängigen. In seinen Ausführungen blieb er dazu allerdings rudimentär. Andere Autoren haben das Modell weiter entwickelt.

### 3.3.2 Abrahams Sichtweise der Sucht

#### *Ankündigung der Person*

Karl Abraham (1877–1925) wurde in Bremen geboren, studierte in Würzburg und Berlin Medizin und wurde in Freiburg im Breisgau promoviert. 1904 bis 1907 war er unter Eugen Bleuler Assistent am Burghölzli in Zürich. C.G. Jung machte ihn zu dieser Zeit mit der Psychoanalyse vertraut. Abraham war Schüler von Sigmund Freud und nahm an dessen Psychologischer Mittwochs-Vereinigung in Wien teil. 1908 liess er sich in Berlin als Nervenarzt nieder und gründete 1920 die Berliner Psychoanalytische Gesellschaft. 1920 gründete er mit Max Eitingon das Berliner Psychoanalytische Institut. Abraham interessierte sich v. a. für Freuds psychosexuelle Entwicklungstheorie (Freud, 1905) und hat diese ergänzt. Weiter befasste er sich mit Traumsymbolik, Eltern-Kind-Beziehung, Ethnologie, Neurosen, Psychosen und

Kunst. Er gilt als einer der wichtigsten frühen Psychoanalytiker Deutschlands und als Gründer der Berliner Schule (Abraham, 1976).

### *Psychodynamische Überlegungen*

Einer der ersten Psychoanalytiker, der sich mit dem Thema der Sucht intensiver befasste, war Karl Abraham (1908), der in seiner Publikation „Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus“ die Sucht in Verbindung mit Homosexualität brachte und den Symbolcharakter betonte. Dem Substanzabhängigen schrieb er einen oralen Charakter zu. Dieser entspricht aus psychoanalytischer Sicht einer Fixierung auf der psychosexuellen Entwicklungsstufe der oralen Phase.

Aus kulturellen Gründen nahm Abraham an, dass Männer dem Alkoholgenuss mehr zuneigen als Frauen. Den Grund dafür sah er in der psychosexuellen Konstitution des Mannes. Er bezog dabei Freuds Überlegungen ein, wonach die infantile Libido objektlos und autoerotisch sei. Sie strebe durch Reizung gewisser Körperzonen nach Lustgewinn. In der Vorpubertät wird diese autoerotische Lustgewinnung aus dem Bewusstsein verdrängt und findet keine sexuelle Verwendung mehr. Wichtige soziale Funktionen treten an ihre Stelle. Die autoerotischen Strebungen werden sublimiert. In der Pubertät findet der Prozess der Objektfindung statt. Dabei richtet sich die Libido auf das andere Geschlecht. Bei Frauen ist der Sexualtrieb passiver, bei Männern aktiver Natur. Alkohol wirkt auf den Geschlechtstrieb, indem er vorhandene Widerstände aufhebt und die sexuelle Aktivität erhöht (Abraham, 1908, S. 29f).

Abrahams Interesse liegt in der Erforschung des Geschlechtstriebes: Neben der „normalen“ heterosexuellen Liebe umfasse er eine Reihe perverser Regungen. Deshalb wird das Kind, bei welchem diese Triebe noch ausgelebt werden, als „polymorph-pervers“ bezeichnet. Allmählich ordnen sich diese „Partialtriebe“ dem heterosexuellen Trieb unter. Sie werden verdrängt und werden sublimiert. Sie zeigen sich dann z. B. durch künstlerische oder wissenschaftliche Tätigkeit (Abraham, 1908, S. 30).

Beim normalen Individuum werde die homosexuelle Komponente des Sexualtriebes sublimiert. Der Alkohol hebe diese Sublimierung auf. Deshalb würden sich bei betrunkenen Männern homosexuelle Verhaltensweisen zeigen, z. B. küssen. Weitere Partialtriebe zeigen sich in sexueller Schau- und Exhibitionslust. Die Sublimierung dieser Partialtriebe erzeugt beim Kind das Schamgefühl. Bei Wegfallen der Sublimierung entsteht eine Perversion (Voyeurismus, Exhibitionismus). Weitere Perversionen, deren Sublimierung der Alkohol aufhebt, liegen in Sadismus und Masochismus. So zeigen sich z. B. Rohheitsdelikte im Alkoholrausch.

Auch die Inzestschranke könne dem Alkohol u. U. nicht standhalten. So sei die Wirkung des Alkohols auch in gewissen Mythen vorhanden (Abraham, 1908, S. 31–34).

Der Alkohol beseitigt also psychische Hemmungen, mit deren Hilfe sexuelle Energien sublimiert werden (Abraham, 1908, S. 32).

Der Alkoholgenuss beginne in der Pubertät; er diene dazu, dass man als Mann etwas gelten möchte, diene der Identifikation. Der Mann hänge am Alkohol, weil dieser ihm ein erhöhtes Gefühl der Männlichkeit gebe, seinem Männlichkeitskomplex schmeichle. Frauen, die eine starke Neigung zum Alkohol aufweisen würden, dürften eine starke homosexuelle Komponente aufweisen (Abraham, 1908, S. 34).

Der Alkohol ruft seine Wirkungen (Erleichterung der Sexualübertragung, Aufhebung der Verdrängungswirkungen) vorübergehend, aber auch chronisch hervor. Dies zeige sich z. B. in Einbussen des Schamgefühls. Sublimierungen gehen beim Alkoholkranken zugrunde. Zudem setze er auch die sexuelle Leistungsfähigkeit herab. Der Alkohol kann so zum Surrogat der Sexualität werden. Abraham (1908) sieht dabei eine Analogie zu sexuellen Perversionen. Dabei wird ein sexueller Reiz, der normalerweise als Einleitung des Geschlechtsakts dienen könnte, an Stelle des letzteren gesetzt. Weiter scheint für Alkoholkranke die Eifersucht eine grosse Rolle zu spielen, die sich bis zum Wahn steigern kann. Analog dem Zusammenhang zwischen Neurose und Psychose (s. o.) verschiebt der Alkoholkranke sein Schuldgefühl als Anklage auf die Frau, sie sei ihm untreu. So dient der Alkohol zur Lustgewinnung (Abraham, 1908, S. 34f).

Zwischen Alkoholismus, Neurose und Sexualität bestehen also mehrere Beziehungen. Substanzen wie Morphium oder Opium rufen bei Hysterischen eine sexuelle Erregung hervor, die infolge der eigentümlichen psychosexuellen Konstitution der Hysterischen in körperliche Gefühle und Angstgefühle umgewandelt werden. Bei psychisch Kranken könne ein unter die Haut gespritztes Narkotikum als sexuelle Vergewaltigung empfunden werden. Die Kranken deuteten Injektionsspritze und Flüssigkeit symbolisch um (Abraham, 1908, S. 35f).

Abraham schliesst damit, dass die psychologische Erforschung des Alkoholismus noch genügend ungelöste Probleme biete. Äussere Einwirkungen (soziale Einflüsse, Erziehung, erbliche Belastung etc.) genügen allein nicht zur Erklärung des Alkoholismus. Ein individuelles Moment müsse hinzukommen, Abraham vermutet dieses in Zusammenhängen (s. o.) zwischen dem Alkoholismus und der Sexualität (Abraham, 1908, S. 36).

### *Zusammenfassung*

Abraham bezieht sich auf Alkohol. Er sah in der Alkoholabhängigkeit ein entwicklungspsychologisch begründetes Zustandsbild. Er schrieb den Alkoholabhängigen einen oralen Charakter zu. Weiter sah er einen Zusammenhang zwischen dem Alkoholismus und der Homosexualität. Auch er sah triebtheoretisch in der Alkoholabhängigkeit einen Lustgewinn. Er war sich aber auch bewusst, dass seine Überlegungen nicht abschliessend waren.

### 3.3.3 Radós Sichtweise der Substanzabhängigkeit

#### *Ankündigung des Autors*

Sandor Radó (1890–1972) wurde in Ungarn geboren. Er studierte Medizin in Berlin und wurde 1915 in Medizin in Budapest promoviert. Schon früh interessierte er sich für die Psychoanalyse und war in der Ungarischen Psychoanalytischen Gesellschaft aktiv. Von 1913 bis 1928 kam es zu einer Zusammenarbeit zwischen ihm und Sigmund Freud. Zwischen 1922 und 1931 lebte er in Berlin und lehrte am Berliner Psychoanalytischen Institut. 1931 ging er nach New York, wo er den Rest seines Lebens wirkte. Er interessierte sich v. a. für Freuds Libidotheorie und war durch die Ich-Psychologie beeinflusst. Von 1944 bis zu seiner Emeritierung 1955 war er Direktor am Institut für Psychiatrie der Columbia University (Roazen & Swerdloff, 1995).

Radó zählt zu einem der wichtigsten Verfechter des triebpsychologischen Modells. Seine Schriften (1926, 1934) stellen einerseits ein triebpsychologisches Suchtmodell dar, welches später zu einem ichpsychologischen Modell weiterentwickelt wurde (Rost, 1992).

Radó wird als einer der wichtigen psychoanalytischen Theoretiker angesehen, der sich mit Sucht beschäftigt hat und innerhalb weniger Jahre die Theorienbildung zur Sucht weiterentwickelt hat.

#### *Einleitung zum Text*

Radós „Versuch einer psychoanalytischen Theorie der Süchte“ (1926) war eine Pionierarbeit auf diesem Gebiet. Die Substanzen gewähren eine Ichentlastung durch einen „Reizschutz nach innen“, erotisieren zugleich die Ichfunktionen. Wird der erotische Rausch (der „pharmakogene Orgasmus“) zum alleinigen Sexualziel, so wird das Individuum abhängig. Seine Bestrebungen zur Realität werden paralytisiert. Radó ist der Ansicht, dass der „alimentarische Orgasmus“ der Prototyp des sexuellen Orgasmus auf oraler Stufe, die Fixierungsstelle zu einer möglichen späteren Abhängigkeit abgibt (Radó, 1926, S. 360).

### *Triebpsychologische Überlegungen*

Radó (1926) nimmt einen konstitutionellen Faktor an, wie ein Individuum auf die Zufuhr einer Substanz reagiert. Aus psychoanalytischer Sicht sieht er den Grund der Süchte darin, dass diese Substanzen dem Menschen in seiner Bedrängung Hilfe und Lust geben. Schmerzstillende Wirkung von Analgetika zeigen, dass davon die Lust-Unlust-Regulation zentral betroffen ist. Die Pharmaka - darunter versteht er bewusstseinsbeeinflussende Substanzen - leisten durch die Herabsetzung oder Aufhebung der Schmerzempfindung gerade das, woran es der psychischen Organisation mangelt (einem Reizschutz nach innen). Dieser Reizschutz tritt zentral als psychisch relevant auf. Der somatische Vorgang, der ihn bedingt, ist eine Herabsetzung der Funktion durch Lähmung der erregbaren Nervensubstanz. Es ist ein Mittel, von dem auch der natürliche periphere Reizschutz Gebrauch macht. Diese Wirkung kann bei einem Analgetikum wie dem Morphin festgestellt werden. Die Überwindung der Schlaflosigkeit kann durch schlaffördernde Mittel (Narkotika), also dem Rauschgift oder der Droge, erzwungen werden. Dies schien durch die psychoanalytische Beschreibung noch nicht zugänglich, doch spielt bei der sedativen Wirkung der Arzneimittel der „Reizschutz nach innen“ eine Rolle. Stimulantien wirken, indem sie Spannungsgefühle hervorrufen und zugleich bestehende Spannungen aufheben. Auch dabei wird Unlust in Lust umgewandelt. Die toxische Förderung der Ichfunktionen ist an innere Spannungen geknüpft. In einer Erotisierung der Ichfunktionen werden u. a. die starren Bindungen des Systems gelockert (Radó, 1926, S. 360f).

Die zweite Wirkung der Substanzen äussert sich in der Herbeiführung euphorischer Zustände, z. B. Euphorie, Betäubung, Rausch. Der erotische Charakter dieser Zustände, auf den bereits Abraham (1908) hingewiesen hat, zeigt dann eine Übereinstimmung zwischen dem idealen toxischen Rausch und dem natürlichen Sexualgenuss (Orgasmus). Die orgastische Wirkung der Substanzen kann also zu einem pharmakogenen Orgasmus führen. Der pharmakogene Orgasmus lernt den Substanzabhängigen eine neue Art der Befriedigung kennen. Diese tritt mit den natürlichen Modalitäten der Sexualbefriedigung in Wettbewerb. Die Veränderung tritt ein, wenn sich das Ich auf den Rauschzustand einstellt. Oft wird zu Beginn der Rauschzustand verleugnet, indem die Substanz als „Medikament“ zur Linderung des Leides bezeichnet wird. Er unterliegt aber der orgastischen Wirkung und hat sich vom Realitätsprinzip der Triebwelt hingegeben. An die Stelle des Rauschwunsches kann als Gewissensreaktion oder Vorsicht eine energische Hemmung treten, welche die libidinösen Umsetzungen unterbindet und die Rauschwirkung vereitelt (Radó, 1926, S. 364f).

Die pharmakotoxische Lustbefriedigung hat Auswirkungen auf das psychische und somatische Verhalten der betroffenen Person. Im Libidohaushalt ist die erotische Befriedigung durch

Giftstoffe ein Angriff auf die biologische Libidoorganisation. Die Substanzen umgehen so den peripheren Sexualapparat und gelangen direkt ins zentrale Nervensystem. Radó (1926) bezeichnet diese Wirkungsweise der Substanzen, resp. ihrer Verbindungsglieder (Spritze) als Meta-Erotik. Das Genital wird somit ausgeschaltet. Morphin, wie auch andere Substanzen, sind ein Potenzgift. Dagegen nimmt die Beschaffung der Substanz einen immer grösseren Stellenwert ein. Abhängige verzichten dann auf die Geschlechtsliebe. Die Meta-Erotik zerstört alle natürlichen Wege der Lustgewinnung. Sie nimmt in der Abfuhr psychosexueller Erregung einen ähnlichen Platz ein wie die Onanie beim Kind (Radó, 1926, S. 366f).

Manchmal ist die Bedeutung einzelner erogener Zonen so stark, dass sie sich in das metaerotische Regime hinüberretten. So spielt die orale Zone für die Substanzen eine wichtige Rolle (Radó, 1926, S. 367f).

Radó (1926) macht in seiner Arbeit eine Einteilung von Gruppen substanzabhängiger Personen, er legt unterschiedliche Ätiologien zugrunde (Radó, 1926, S. 368f):

Wegen physiologischer Gewöhnung kann ein pharmakotoxischer Orgasmus bei vorhandener Lustabsicht versagen. Dies kann als pharmakotoxische Impotenz bezeichnet werden.

Bei einer anderen Gruppe von Personen ist die Substanzabhängigkeit eine missglückte Abwehr oder eine schwere Gewissensreaktion vor Angst. Diese Abwehr vereitelt den intendierten pharmakogenen Orgasmus. Sie richtet sich gegen die verpönten Strebungen des Ödipuskomplexes, welche die Meta-Erotik aktiviert hat. Durch die Zerstörung des Genitalprimats können gewisse prägenitale Erotismen verstärkt werden, dass es zu manifesten Formen von Perversionen wie Homosexualität kommt (vgl. Abraham, 1908).

In schweren Fällen ist die zersetzende Wirkung der Meta-Erotik auf das Seelenleben so weitgehend, dass sich das Seelenleben nur noch nach der Formel Rauschwunsch – Rausch – Kater, usw. gestaltet. Das Ich ist durch die Libido des Es vollkommen unterjocht und verödet. Die Beschaffung der Substanz wird dann zum einzigen Ziel. Rechtliche und moralische Belange werden nicht mehr berücksichtigt.

In Radós Beitrag zur Sucht von 1926 ist hervorzuheben, dass er versucht hat, die Mechanismen des Substanzkonsums genau zu beschreiben. Er hat dabei eigene Beobachtungen wie Ausführungen früherer Autoren wie Abraham (1908) einfließen lassen. Als kritisch kann sein Beitrag (Radó, 1926) insofern betrachtet werden, als er in der Spezifität der Substanzen relativ unspezifisch bleibt. So bleibt relativ unklar, was er mit „Pharmaka“ oder „Narkotika“ meint, respektive müsste aus heutiger Sicht ergänzt werden, dass die Mechanismen bei unterschiedlichen Substanzen zumeist unterschiedlich ablaufen, eine Tatsache, welcher Radó (1926) nur teilweise Bedeutung schenkte.

Zusammenfassend führt Sucht also zu einem fortschreitenden Regressions- und Verfallsprozess psychischer Fähigkeiten. Er vollzieht sich in der Meta-Erotik der Libido. Es findet eine umfassende Triebentmischung und Freiwerden der destruktiven Komponente statt. Eine zweite Ansiedlungsstätte bietet das Über-Ich, dessen aggressive Regungen als Gewissenstrieb auf das Ich einwirken. So wird teilweise eine unbewusste Gewissensspannung vermutet, die ein intensives Strafbedürfnis unterhält. Aus diesem Sachverhalt resultiert ein Teufelskreis, der den Kranken immer tiefer in die Abhängigkeit hineintreibt. Dies ist eine psychologische Begründung für die Dosissteigerung (Radó, 1926, S. 369f). Die Aggression kann sich bei gewissen Substanzen nach aussen richten. Die Wendung gegen die eigene Person wird wichtiger (Radó, 1926, S. 370).

Der allgemeine Faktor in der Ätiologie der Substanzabhängigkeit ist wie bei der Ätiologie von Neurosen die Versagung mit all ihren Phänomenen. Auf Versagung folgt meistens die Neurose, danach die Sucht. Als ursächlich werden Störungen in der oralen Phase, in welcher die Oralerotik eine entscheidende Rolle spielt, angenommen (Radó, 1926, S. 371).

Radó (1926, S. 371) beschreibt die psychischen Wirkungen der Rauschgifte folgendermassen:

A) Hilfe

a) Reizschutz nach innen

(Analgetische, sedative, hypnotische, narkotische Wirkungen)



Entlastung des Ichs nach innen  
im Dienste der Realität

b) Förderung der Ichfunktionen

(stimulierende Wirkungen)

B) Last

Pharmakotoxischer Orgasmus

(Rauschwirkungen)



Unterjochung des Ichs durch das Es  
Zerstörung seiner Beziehungen zur Realität

Die orale Organisation des Säuglings gipfelt im alimentären Orgasmus. Die Reizung der oralen Zone (Mundschleimhaut) leitet einen Vorlustmechanismus ein. Der alimentäre Orgasmus (durch die Ernährung des Säuglings) tritt im Seelenleben als fertiger psychophysiologischer Mechanismus auf. Er ist für die weitere psychosexuelle Entwicklung bedeutsam. Dieser beinhaltet infantile Wunschvorstellungen, „infantile Sexualtheorien“, die sich im alimentarischen Orgasmus ablagern. Dabei würden ödipale Wünsche abgewehrt werden. Der pharmakotoxische Orgasmus erscheint als eine Neuauflage des alimentären. So treten prägenitale Erotismen erneut auf. Die erhöhte Prävalenz von Homosexualität wird als eine solche psychologische Motivierung angenommen. Der „unbewussten Gewissensspannung“ (Schuldgefühl) kann

Radó (1926) noch keine spezifische Rolle in der Ätiologie der Süchte zuschreiben. Mit der Erfindung des pharmakotoxischen Orgasmus hat der Mensch der Biologie einen Streich gespielt – er hat es der Ernährungsfunktion nachgemacht und deren sexualtoxischen Begleitphänomene von ihrer alimentarischen Voraussetzung losgelöst und zur orgastischen Befriedigungsart gemacht.

Den drei Formen des Orgasmus ist gemeinsam, dass sie durch Ableitungen erotischer Spannungen zum Schlaf führen: Beim alimentären Orgasmus richtet sich die freiwerdende Destruktion gegen die aufgenommene Nahrung. Es gibt Ähnlichkeiten zwischen der Manie und der Melancholie (Depression) dem Rausch bzw. dem Kater (Radó, 1926, S. 372–376).

### *Zusammenfassung*

Radó beschreibt in seiner Arbeit von 1926, dass Substanzen eine Ichentlastung durch einen „Reizschutz nach innen“ gewähren. Diese sind mit der Lust-Unlust-Regulation verbunden. Sie rufen euphorische Zustände hervor. Diese pharmatoxische Lustbefriedigung bilde eine Meta-Erotik, habe Auswirkungen auf das Verhalten und könne bis zu einem totalen Verzicht der normalen Sexualität führe. Radó unterteilte die Substanzabhängigen in drei Gruppen, je nach ihren Ätiologien; einer pharmakotoxischen Impotenz, einer missglückten Abwehr oder schweren Gewissensreaktion oder einer totalen Dominanz der Meta-Erotik mit der Formel Rauschwunsch – Rausch – Kater.

Der Substanzkonsum führt bei den Substanzabhängigen zu einem pharmakogenen Orgasmus. Dieser wirkt durch die Meta-Erotik direkt auf das Gehirn. Dies kann zu einem Verlust psychischer Strukturen, zu Aggressivität und zu einer Intoleranz gegen Unlust führen.

### 3.3.4 Radós Sichtweise der Substanzabhängigkeit II – ichpsychologische Aspekte

#### *Einführung zum Text*

Wie bei Freud können auch bei Radó nicht alle Schriften dem triebpsychologischen Modell zugerechnet werden (Gedanken des Autors).

Radó wird in seinen Theorien über die Sucht den Autoren des triebtheoretischen Modells zugeordnet. Bereits in seinem Aufsatz „Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte“ (1926) nimmt er eine Ichfunktionen beeinflussende Funktion von Substanzen an. Diese Überlegungen setzt er in seinem Aufsatz „Psychoanalyse der Pharmakothymie“ (1934) fort. Er nimmt dabei aber vermehrt auch Defizite von Ichfunktionen an, die dann eher dem ichpsychologischen Modell zugeordnet würden (s. u.).



### *Radós ichpsychologische Überlegungen*

Die psychoanalytische Untersuchung des Suchtproblems geht von der Feststellung aus, dass nicht die Substanzen sondern der zielbewusste Antrieb, sich selber zu bedienen, das Individuum zum Süchtigen macht. Substanzgebundene Süchte sind psychisch bedingte, artifiziell bewirkte Erkrankungen. Sie werden durch das Vorhandensein von Substanzen ermöglicht und durch psychische Beweggründe erworben. Es wird ein psychogenetischer Standpunkt eingenommen, der sich mit Trieben befasst. Dabei werden alle Arten der Substanzabhängigkeit als Abwandlungen einer einzigen Krankheit angesehen, der „Pharmakothymie“. Frühe psychoanalytische Theorien betonten die Bedeutung der erogenen Mundzone und sehen eine enge Beziehung zur Homosexualität (Radó, 1934, S. 17).

Die Pharmakothymie hat analgetische, sedative und narkotische Wirkungen, die Unlust bekämpfen oder verhüten. Weiter dient sie dem Lustprinzip („pharmakogener Lusterfolg“). Dieser hängt von der aktiven Bereitschaft (psychologischer Faktor) ab, mit der das Individuum dem Lusterfolg begegnet (Radó, 1934, S. 18). Dafür hat der Abhängige für den Genuss mit schweren Leidenszuständen, Selbstschädigungen oder mit seiner Selbstvernichtung zu bezahlen (Radó, 1934, S. 18).

Die Vorgeschichte der Individuen, die abhängig werden, weist meistens auf Triebversagung im Leben hin. Die Betroffenen reagieren mit einer Verstimmung darauf. Es können auch weitere neurotische Symptome auftreten. Die gespannte Verstimmung kann in andere Formen der Depression übergehen, woraus sich eine „Initialverstimmung“ (Radó, 1934, S. 19) bildet. Sie zeigt gleichzeitig eine hohe Unlustspannung und eine grosse Intoleranz gegen Unlust. Substanzen können diesen Schwierigkeiten Abhilfe schaffen. Die Initialverstimmung nimmt die Rolle ein, den Abhängigen für den pharmakogenen Lusterfolg zu sensibilisieren. Die Wahl und die Dosis der Substanz entscheiden über ihre Wirkung.

Beim pharmakogenen Lusterfolg, v. a. zu Beginn, zeigt sich, dass das Selbstgefühl und die Stimmung im Rausch ansteigen. Beim Rausch handelt es sich um eine Reaktion des Ichs auf den Lusterfolg, dass nämlich eine Rauschreaktion eintritt. Das Selbstgefühl ist der Ausdruck der Selbstliebe, der narzisstischen Befriedigung. Der Narzissmus ist von der Aussenwelt abhängig. Das Ich muss sich aus der Psychologie des überheblichen Säuglings, eines Parasiten, in die eines einsichtsvollen Selbstversorgers verändern. Diese Entwicklungsstufe des narzisstischen Systems nennt Radó (1934) die „realistische Steuerung des Ichs“. Durch Störungen in der Entwicklung der Libidofunktion kann die Leistungsfähigkeit des Ichs herabgesetzt sein (vgl. realistische Steuerung). Ein Ich, das nach Befriedigung strebt, lässt sich über die reale Versagung nicht hinwegtäuschen. Es reagiert auf ihre Wahrnehmung mit dem Gefühlsum-

schwung der „gespannten Verstimmung“. Mit Selbstvorwürfen strebt es nach Wiedererlangung seines Formats. Hier setzt das Wunder des pharmakogenen Lusterfolgs ein. Dabei ist wichtig, dass es vom Ich selbst vollbracht wird. Das Ich kann im pharmakogenen Rausch seine narzisstischen Bedürfnisse befriedigen (Radó, 1934, S. 19).

Mit der Abhängigkeit schwindet das Interesse an der Realität. Alle Ichfunktionen, die im Dienste der Realität stehen (u. a. real gerichtete Triebhemmung) werden vernachlässigt. Dagegen bricht das Luststreben durch. Nach dem Nachlassen der Wirkung folgt der Kater, der zu einem Stimmungsumschlag führt. Das Ich ist dann zusammengeschrumpft und die Realität erscheint überdimensional. Bei vorhergehenden Gewissensbissen kommen nun das Schuldgefühl und die gesteigerte Angst vor der Realität. Das Ich reagiert auf diese Unlust gereizt. Ab nun sehnt sich das Ich nach dem Rausch (Radó, 1934, S. 20).

In diesem zyklischen Ablauf hält das Ich sein Selbstgefühl mit einer artifiziellen Technik aufrecht. Die Änderung der ganzen Lebensführung bedeutet die Umstellung des Ichs von der realistischen zur „pharmakothymen Steuerung“. Die Krankheit ist eine narzisstische Störung, eine mit artifiziellen Mitteln erzwungene Zersetzung der normalen Ichorganisation. Das Ich verarmt. Die Verstimmung wird zum einzigen Problem, das nur noch mit einer Substanz behandelt werden kann. Weiter beschreibt Radó Gewöhnungseffekte (1934, S. 20–22).

Auch in der Sexualität zeigen sich Veränderungen: Substanzen sind Potenzgifte. Nach vorübergehender Steigerung der genitalen Libido wendet sich der Abhängige bald von der Sexualbetätigung ab und vernachlässigt seine zärtlichen Bindungen. Anstelle der genitalen Lust tritt der pharmakogene Lusterfolg, der zum Sexualziel wird. Die pharmakogene Lustgewinnung leitet ein künstliches Sexualregime ein. Es ist autoerotisch und lehnt sich an die kindlichen Onanie an. Bald greift die Phantasie regressiv auf die Bindungen der Kindheit, auf den Ödipuskomplex zurück. Auf die Entwertung der natürlichen Sexualorganisation reagiert das Ich mit einer Kastrationsangst (Radó, 1934, S. 23).

Durch die Unterbindung sozialer und sexueller Aktivität beschwört das Ich eine Triebgefahr herauf. Es liefert sich dieser „antagonistischen Triebgewalt“ in seinem Innern aus. Diese ähnelt dem Masochismus oder ist durch den Todestrieb (Freud) zu interpretieren. Das Ich wird durch Masochismus in jeder schweren Neurose in böse Komplikationen hineingetrieben, doch die pharmakothyme Steuerung ist eine ausweglose Methode zu seiner Bekämpfung. Weiter aktiviert der Rausch den narzisstischen Glauben an die Unverletzbarkeit ohne Einsicht und Schuldgefühl. Wenn die pharmakothyme Steuerung zusammenbricht, kommt es zur pharmakothymen Krise. Aus dieser Krise gibt es drei Ausgänge: die Flucht in das freie Intervall (freiwillige Entziehungskur), Suizid (selbstzerstörender Masochismus) oder eine psychotische

Episode (Halluzinationen und Delirien sind Wunschphantasien des Masochismus). So kann ein Versündigungswahn auftreten, der in selbstschädigendem Verhalten mündet. Der Masochismus kann sich in der Pharmakothymie zur Passivität der homosexuellen Einstellung mildern. Radó (1934, S. 28f) führt seine Darstellung mit triebtheoretischen Überlegungen fort, auf deren Beschreibung hier verzichtet wird. Der psychopathologische Prozess geht beim Mann folgendermassen: 1) Schwächung der genitalen Männlichkeit 2) Vereinigung von Genitallust und Masochismus in der Kompromisslösung der passiven Homosexualität, und 3) Fortbildung der Homosexualität von der passiven zur aktiven Einstellung. Bei der Pharmakothymie wird also die Genitalität angegriffen und der Masochismus reaktiv verstärkt. Eine weitere Kompromisslösung ist, dass sich Männer Frauen gegenüber passiv einstellen. Die steigende Kastrationsangst wird durch Fetischismus verstärkt. Eine übermässige Anspannung seiner Aggressivität soll der gefährdeten Männlichkeit durch Sadismus zu Hilfe kommen. Dies gibt ein Verständnis für Anfälle von Brutalität als sadistischen Potenzersatz des um seine Männlichkeit ringenden Abhängigen. Seine sentimentalischen Abwandlungen können als Durchbruch des durch die Substanzabhängigkeit reaktiv verstärkten Masochismus verstanden werden. In einem „Dauerrausch“ kann das Ich veröden und in einem pharmakogenen Stupor enden. Radó (1934) räumt ein, dass in schweren und fortgeschrittenen Fällen Symptome auf einer Gehirnschädigung beruhen. Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen primären Symptomen beziehen sich die sekundären mehr auf die sie bedingende Gehirnläsion als auf die Erkrankung (z. B. Korsakoffsches Syndrom) (Radó, 1934, S. 24–32).

Es gibt fließende Übergänge vom abhängigen zum gesunden Menschen, der sich in seiner täglichen Ernährung teilweise auch stimulierender Substanzen (Tee, Kaffee etc.) bedient (Radó, 1934, S. 34).

### *Zusammenfassung*

Radós Arbeit von 1934 erklärt andere Phänomene des Suchtgeschehens als die von 1926. 1926 sah er im Ich des Süchtigen noch den autoerotischen Lustapparat. Radó entwickelt dabei ein triebpsychologisches Modell des Suchtgeschehens und baut Freuds Ideen der Triebbefriedigung als eine Art Zwangsonanie aus. Im Modell leitet Radó dabei die Verlagerung von einem genital-triebhaften zu einem oral-triebhaften Verlangen ab. Als Bindeglied findet er den alimentarischen Orgasmus, der dem genitalen ontogenetisch vorausgeht. Radós Modell wird kritisiert, indem der Konsum der Substanz als eine orgastische Triebbefriedigung definiert wird. Dabei wird Freuds Orgasmusbegriff verwässert und aufgehoben. Der Orgasmusbegriff wird hier also nicht in einem eingegrenzten Sinn verstanden (Rost, 1992, S. 44f).

Rost (1992, S. 45) meint, dass Radó in einem triebpsychologischen Modell eine Erklärung für die Sucht gelungen sei, die aber niemanden recht zufrieden stelle. Sie führe Grundannahmen des triebpsychologischen Modells ad absurdum. Der Fehler liege in Radós Annahme, dass der Süchtige nach Lustbefriedigung strebe. Diese Annahme treffe aber nur zum Teil zu. Die Triebhaftigkeit des Süchtigen werde überbewertet. Deshalb habe sich Radó weiter entwickelt. 1934 sieht er die primäre Aufgabe der Substanzen darin, dass sie die Funktion der Unlustvermeidung haben, die Aufhebung einer Initialverstimmung bewirkten, ein Selbstheilungsversuch eines schwachen Ichs darstellen. Damit setzt er nicht nur neue Akzente, sondern setzt ichpsychologische Konzepte zugrunde. Dieser Paradigmenwechsel werde aber nicht benannt. Radós Arbeit von 1934 bildet die Grundlage späterer ichpsychologischer Theorien der Sucht. Die Verankerung im triebpsychologischen Modell scheint allerdings auch in Radós späteren Arbeiten (wie in der von 1934) deutlich (Gedanken des Autors).

### 3.3.5 Aktuelle Überlegungen zum triebpsychologischen Modell

Das triebpsychologische Modell (besser: triebpsychologische Modelle) geht von der Oralität und einer unkontrollierten, unsublimierten, aber verschobenen Triebhaftigkeit aus. Es wird also eine Fixierung auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe angenommen. Rost (1992) sieht weiter, dass der lustvolle Charakter des Trinkens von Alkohols (oder der Einnahme eines Suchtmittels) überschätzt wurde.

Diese erste Phase der psychodynamische Auseinandersetzung mit Sucht endet mit Radós grundlegenden Aufsätzen. Spätere Arbeiten, wie die von Fenichel (1945) publizierte Neurosenlehre, fallen mit ihrem Konzept der „Impulsneurose“ hinter Radó durch eine unkritische und unintegrierte Aneinanderreihung psychoanalytischer Ideen zur Substanzabhängigkeit zurück. Die Qualitäten der Arbeit von Fenichel (1931, 1975) liegen - bezogen auf die Substanzabhängigkeit - darin, dass er soziale und gesellschaftliche Gesichtspunkte in die psychoanalytische Suchttheorie einführte. Rost (1992, S. 48) hebt hervor, dass das triebpsychologische Modell eher die Phänomene des normalen Trinkens, die Wirkungen des Alkohols bei relativ stabilen, resp. neurotischen Personen beschreibt. Er meint damit Personen, bei denen sich selten eine Substanzabhängigkeit entwickelt. Weiter führt Rost (1992) an, dass dem Alkohol eine kulturell untermauerte Funktion zukomme, sexuelle Hemmungen, Ängste und Widerstände aufzuheben. Weiter wird von Rost (1992) der Kontrollverlust betont. Rost (1992) plädiert deshalb dafür, normales und süchtiges Trinken voneinander abzugrenzen.

Diesen frühen psychoanalytischen Suchttheorien ist gemeinsam, dass sie in der Sucht den Ersatz für sexuelle Spannungsabfuhr sehen. Der orale Charakter dient dabei als Ausdruck des

regressiven Rückgriffs auf das lustvolle kleinkindliche Lutschen und Saugen. Es handelt sich also um eine Fixierung im Sinne von Verwöhnung oder Versagung. Der neurotische Trinker kann im triebpsychologischen Modell im berauschten Zustand libidinöse und aggressive Triebregungen leichter und angstfreier verwirklichen (Rost, 1992).

#### *Triebpsychologische Überlegungen zur Substanzabhängigkeit von Autoren der Gegenwart*

Subkowski (2008) hat einen sehr weiten Triebbegriff. Er zeigt deutlich, dass man nicht von einem triebpsychologischen Modell ausgehen kann, sondern von mehreren triebpsychologischen Modellen (s. u.). Weiter bedient er sich psychoanalytischer Suchtkonzepte, die nicht triebpsychologischer Natur sind, sondern ichpsychologischer oder objektpsychologischer. Denn sobald in einem engeren Sinn von einem Selbstheilungsprozess ausgegangen wird, d. h. von Substanzkonsum zur Verbesserung von Ich-Funktionen, handelt es sich im engeren Sinn nicht mehr um triebpsychologische, sondern um ichpsychologische Modelle. Bei Prozessen der Selbstdestruktion (wie Sadismus) sind eher objektpsychologische Theorien bedeutsam. Positiv kann gesehen werden, dass es Subkowski (2008) gelungen ist, verschiedene Aspekte in der Suchtentwicklung, in welchen Triebe bedeutsam sind, zu beachten (siehe Thematik der verschiedenen Suchtmodelle im Diskussionsteil).

In aktuellen Publikationen zur Substanzabhängigkeit zeigt sich, dass das triebpsychologische Modell sehr weitläufig verstanden werden kann. So beschreibt Subkowski (2008) das triebpsychologische Modell, in welchem der Grundgedanke Freuds betont wird, so, dass die Substanz im Dienst einer zwanghaften Triebbefriedigung stehe und dem Lustprinzip folge. Es werden durch Traumatisierungen bewirkte orale Fixierungen angenommen, die als Disposition für die Regression in Konfliktsituationen wirken. Die toxisch induzierte Regression führt zur Trieb-entmischung. Dabei werden Partialtriebe freigesetzt, die perverse Erscheinungsformen (Sadismus, Masochismus, orale Sexualität und homosexuelle Handlungen) bedingen. Der Alkoholiker verfällt dem Lustprinzip, wobei das Ich und höher differenzierte psychische Strukturen versanden. Nach Subkowski (2008) ist das triebpsychologische Modell zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen heute noch in der Lage, neuere Ansätze im Verständnis der Suchterkrankungen zu integrieren. Dieser Autor sieht diesen Ansatz also im Gegensatz zu vielen anderen Autoren als nicht veraltet. Subkowski (2008) hat beim triebpsychologischen Modell aber ein anderes Verständnis. So bezieht er sein triebpsychologisches Wissen über die Abhängigkeitserkrankungen nicht nur aus den psychoanalytischen Anfangsjahren (Freud), welche spärlich und in mehreren Arbeiten verstreut waren. Auch er beschreibt die Annahme einer oralen Fixierung und Radós Erkenntnisse zur Sucht. Nun bezieht er auch nar-

zissmustheoretische Ansätze ein, wobei er sich auf Freud stützt. So bezeichnet er Radós Arbeit (1934) eher als ichpsychologisch beziehungsweise narzissmustheoretisch, indem er die Verbindung zwischen Suchtentwicklung und instabilem Selbstgefühl des Abhängigen macht. Dies kann im Rausch durch Allmachts- und Verschmelzungswünsche kompensiert werden (s. o.). Ebenso bezieht er Unlustvermeidung in seine Überlegungen mit ein. Bei der Funktion der Substanz stützt er sich auf Voigtel (1996), welcher die Bedeutung des unbelebten und dabei gleichzeitig triebbefriedigenden Objekts in der Sucht betont. Voigtel (1996) ging dabei von einer zugrunde liegenden basalen unlustvollen bis bedrohlichen Affektlage (Verstimmung) des Abhängigen aus, einer Initialverstimmung, einem bedrohlichen Uraffekt, unerträglich depressiven Gefühlen bzw. Scham- oder Schuldgefühlen. Diese Verstimmung soll durch den Rausch-Entzugs-Zyklus nicht mehr wahrgenommen werden. Nach Voigtel (1996) ist die Substanz für den Abhängigen berechenbar, verlässlich, verfügbar, nicht verschlingend und stellt keine unerfüllbaren Forderungen. Die Substanz oder die süchtige Handlung wird projektiv zum Träger der früher erlebten traumatischen Ablehnung. Dies hilft als Kompromissbildung einen Abhängigkeitswunsch und eine Beziehung nach einem Aussen herzustellen. Verschoben auf ein unbelebtes Objekt kann der Abhängige damit verschmelzen. Dies ermöglicht einerseits die Illusion einer unbegrenzten Befriedigung und andererseits das Erleben einer grossen Enttäuschung, ohne von jemandem enttäuscht zu werden. Es ist also eine konfliktvolle Beziehung. Die wahre lebendige Enttäuschung bleibt verdrängt.

Weiter bezieht Subkowski (2008) auch Autoren in seine Darstellung des triebpsychologischen Modells mit ein, die anderen Suchtmodellen zugerechnet werden. So werden Glovers kleinianischer Beitrag (1933) zum objektpsychologischen Modell, die entsprechenden Schriften von Krystal und Raskin (1970), Rosenfeld (1960) oder Wurmser (1974, 1987b, 1999) zum ichpsychologischen Modell gezählt.

Neuere triebtheoretische Ansätze betonen die Genussunfähigkeit und die Initialverstimmung des Abhängigen. So schreibt Matussek (1959), dass man sich die ungezügelte Genussucht des Abhängigen in Bezug auf sein Suchtmittel eher als Folge seiner tief liegenden Genussunfähigkeit vorzustellen hat, im Sinne von Freudlosigkeit auf einem reiferen genitalen Niveau, (vgl. Ferenczi, 1913 und Radó, 1934). Es steht dabei also weniger die lustvolle Befriedigung (normale Triebbefriedigung) im Vordergrund, sondern mehr der unwiderstehliche Drang zur Herabsetzung von Spannung im Ich.

Subkowski (2008, S. 75f) fasst die triebtheoretischen Beiträge der frühen Psychoanalyse zur Suchtdynamik in Anlehnung an Lürßen (1976, S. 841) folgendermassen zusammen. Er hebt dabei v. a. Projektions- und Introjektionsvorgänge hervor:

- Die Masturbation kann als Ursucht betrachtet werden.
- Das Trinken ist Ersatz für Sexualbefriedigung.
- Die Gefährlichkeit eines Suchtmittels ergibt sich aus seinen toxisch-chemischen Eigenschaften und dem freigesetzten starken destruktiven Hass und Sadismus im Rahmen der Triebentmischung.
- Die Wirkung des Alkohols besteht in der pharmakologischen Förderung der Regression im Rahmen der Abwehr. Durch die Aufhebung von Hemmungen und Verdrängungen kommt es zur Stimmungshebung und zu einem Rückgängigmachen von Sublimierungen und dem Verlust differenzierter Ich-Strukturen.
- Beim Alkoholismus lassen sich basale oralerotische Fixierungen und Tendenzen zu perversen Strukturbildungen und zur (latenten) Homosexualität finden.
- Rausch stellt eine manische Flucht vor der Realität und dem alltäglichen Elend dar.
- Alkohol fungiert für den Abhängigen als Liebesersatz und Idealobjekt.

In neueren Arbeiten untersuchten Olievenstein und Mitarbeiter (1987) das „natürliche triebhaft fundierte Bedürfnis des Süchtigen“. Dabei ist das Gefühl des Bedürfnisses, das durch Substanzen erzeugt wird, wichtiger als der durch Substanzen induzierte Lustgewinn. Die „not good enough mother“ erzeugt bei diesen Personen den chronischen Zustand eines unermesslichen und unersättlichen Bedürfnisses. Es geht dabei also um eine Verschiebung dieses Bedürfnisses von „jemandem“ zu „etwas“ (vgl. Voigtel, 1996), was dann an jeder Strassenecke erhältlich ist. Dies weist auch auf Winnicott (1953a) hin, der Substanzabhängigkeit mit einer Pathologie der Übergangsphänomene in Zusammenhang brachte.

In seinem genuin triebtheoretischen Ansatz teilt Rascovsky (1997) Abhängige aufgrund ihrer Triebdynamik in drei Gruppen auf unterschiedlichen Regressionsniveaus ein. In der am wenigsten gestörten Gruppe der neurotischen Abhängigen bietet die Substanz eine Möglichkeit zur Erleichterung bei starkem Über-Ich-Druck. Trotz des impulsiven Ausagierens im Konsum bleibt es bei dieser Gruppe der Abhängigen beim Versuch, die Verdrängung ausser Kraft zu setzen und den Bezug zur Realität zu erhalten. Bei der zweiten Gruppe kommt es zu einem ausgeprägten narzisstischen Rückzug von den fragilen Objektbeziehungen zur halluzinatorischen visuellen Befriedigung in der Phantasie. In der dritten Gruppe der schwer gestörten Patienten kommt es zu einem Eingriff in die hierarchische Ordnung der Triebe und zu einem zunehmenden Ausserkraftsetzen der psychischen Organisation. Die Substanz steht dann im Zentrum des Interesses und Triebwünsche werden aufgegeben (s. u.).

Es muss diesen Autoren der Gegenwart, wie Subkowski (2008) angerechnet werden, dass sie die essentiellen Standpunkte des triebtheoretischen Modells mit anderen Modellen verbunden

haben. Sie haben älteren Konzepten wie dem des Zusammenhangs zwischen Substanzabhängigkeit und Homosexualität zu einem neuen Verständnis verholfen.

Nach Subkowski (2008, S. 80) ist auch für Theorien in der Gegenwart die triebtheoretische Betrachtungsweise wichtig, indem zur Entwicklung einer Abhängigkeit das Wirksamwerden einer inneren Triebquelle und das damit verbundene Lustprinzip eine wichtige Voraussetzung sind. Bis heute gelang es nicht, eine geschlossene triebpsychologische Theorie zur Ätiopathogenese der Abhängigkeit zu entwickeln. Dabei lassen sich zahlreiche Querverbindungen zwischen den unterschiedlichen triebtheoretischen Denkansätzen finden. Die frühen triebtheoretisch-orientierten Psychoanalytiker haben den Aspekt der oralen Einverleibung wohl überschätzt, doch der Begriff der Oralität in seiner ganzen Breite und Vielfalt (u. a. fixen, Geborgenheit im Suchtgeschehen) wird heute von vielen Psychoanalytikern geteilt.

Heute wird nicht mehr angenommen, dass es sich bei den Abhängigkeitserkrankungen um die hedonistische Suche nach dem Lustgewinn handelt. Eher geht es um das Streben nach Unlustvermeidung mit Reizabschirmung und narzisstischer Selbststabilisierung. Es handelt sich bei den Substanzabhängigen um eine relativ heterogene Gruppe, die sich u. a. in ihren Konflikten oder ihrer Struktur unterscheiden lässt (s. u.).

Zusammenfassend kann nach Subkowski (2008) das Symptom „süchtigen Verhaltens“ nach klinischer Erfahrung auf verschiedenen Ebenen der Persönlichkeitsstrukturentwicklung bzw. unterschiedlichen Stufen der Regression (Abwehr) betrachtet werden. Dabei können heute noch die triebtheoretisch abgeleiteten psychoanalytischen Modelle bezogen auf den konkreten Einzelfall für das Verständnis der Psychodynamik und der behandlungstechnischen Interventionen hilfreich sein. So spielen bei verschiedenen Substanzabhängigen triebtheoretische Aspekte wie die Lust am Substanzkonsum eine zentrale Rolle

#### *Fazit des Autors*

Das triebpsychologische Modell, welchem die ersten psychoanalytischen Überlegungen u. a. von Freud zugeschrieben werden, hat die Motivation zum Substanzkonsum, der relativ selten spezifiziert wurde und als Prototyp die Alkoholabhängigkeit hatte, v. a. im Streben nach Lustgewinn gesehen.

Freud selbst hat der Substanzabhängigkeit in seinen Publikationen wenig Bedeutung geschenkt und keine abschliessende Theorie zur Substanzabhängigkeit entwickelt. Es scheint deshalb wertvoll gewesen zu sein, dass andere Autoren wie Abraham (1908) und Radó (1926) psychoanalytische Überlegungen auf die Substanzabhängigkeit angewendet haben. Auch wenn Abrahams Überlegungen, z. B. mit dem oralen Charakter oder mit der Verbindung zur



Homosexualität heute teilweise veraltet wirken (im Sinne von alle Substanzabhängigen sind homosexuell), haben diese Theorien fallspezifische Relevanz. So wurde der Autor in seiner beruflichen Tätigkeit bei einem Teil abhängiger Patienten an triebpsychologische Theorien erinnert. Radó (1926) hat das psychoanalytische Wissen mit den Konzepten des Reizschutzes nach innen und nach aussen konzeptuell vorangebracht. In seiner zweiten Arbeit zur Substanzabhängigkeit von 1934 hat er sich mit seinen Überlegungen zum pharmakotoxischen Orgasmus weiterentwickelt, setzt auch Bedingungen, die dem ichpsychologischen Modell zugerechnet werden.

Aktuelle triebtheoretische Modelle, wie sie von Subkowski (2008) postuliert wurden, heben die anwendbaren Konzepte des triebpsychologischen Modells hervor. Sie machen die heute teilweise in ihren frühen psychoanalytischen Konzepten veraltet wirkenden Theorien wieder aktuell. Allerdings beinhalten sie auch Aspekte, die anderen Modellen zugerechnet werden.

### 3.4 Ichpsychologisches Modell: Frühe Suchtmodelle

#### 3.4.1 Einleitung

Im Folgenden sollen Arbeiten zur Substanzabhängigkeit ichpsychologischer Autoren dargestellt werden. Eingeführt wird der ichpsychologische Ansatz durch die theoriegeschichtliche Wendung Radós (1934) vom triebpsychologischen zum ichpsychologischen Ansatz. Dabei soll die Pionierarbeit von Krystal und Raskin (1970) erläutert werden. Danach soll der Begriff des Über-Ichs genau beschrieben werden, um die Theorie Wurmser zur Substanzabhängigkeit (Wurmser, 1983, 1987a, 1987b, 2000a, 2000b, 2008) zu verstehen. Schliesslich wird eine aktuelle psychoanalytische Theorie, Khantzians Selbstmedikationshypothese (Khantzian, 1985, 1997) erläutert.

Das ichpsychologische Modell gründet auf Freuds Strukturmodell mit den Instanzen Es, Ich und Über-Ich. Es nimmt an, dass Substanzen konsumiert werden, um defizitäre Ichfunktionen wie geringe Frustrationstoleranz zu verbessern. Krystal und Raskin (1970) gehen davon aus, dass der Reizschutz des Abhängigen zu schwach ist, um Affekte genügend differenziert bewältigen zu können. Gefühle werden deshalb als beängstigend erlebt. Die Droge entlastet dann von diesen affektiven Spannungen. Das eigene Selbst wird vom Abhängigen als schwach und hilflos, schlecht und wertlos erlebt. Selbstrepräsentanzen bleiben schwach und instabil bzw. mit kompensatorischen Omnipotenzphantasien ausgestattet. Es besteht ein Druck zur Verschmelzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Der Abhängige sucht deshalb in der Droge einen Ersatz für ein Liebesobjekt. Weiter führen Drogen zu einer Bewusstseinsän-

derung, die bedeutende Affekte blockiert und innere Konflikte und Über-Ich-Spannungen reduziert. Die Autoren verwenden bereits selbst- und objektpsychologische Begriffe.

### 3.4.2 Einführung zum Text von Krystal und Raskin (1970)

Krystal und Raskin (1970, S. 13–17) stellen zu Beginn ihrer Arbeit klar, dass es sich bei einer Abhängigkeit wie der Heroinabhängigkeit nicht nur um eine physische oder physiologische Abhängigkeit von Drogen handelt, sondern auch um eine psychische oder emotionale. Damit verbunden sind die Toleranz und das Entzugssyndrom, die im Rahmen der Begriffsklärung der Abhängigkeitserkrankungen beachtet werden müssen. Die Ätiologie der Sucht ist in der psychischen Struktur und Funktionsweise des Individuums und nicht in der pharmakologischen Wirkung der Substanz zu suchen. Der Substanzkonsum ist als fehlgeschlagener Versuch zur Selbsthilfe anzusehen. Die Substanzabhängigkeit ist ein medizinisches Syndrom, das auf einen psychischen Konflikt hinweist. Es handelt sich dabei um eine ernste psychische oder emotionale Störung, die sich im Verlangen nach einer Beziehung mit der jeweiligen Droge zeigt. Die Droge kann zu unterschiedlichen Zeiten verschiedene Funktionen erfüllen: Sie hilft Angst- und Schuldgefühle zu bewältigen. Ebenso kann sie Aggressionen, Depressionen, Einsamkeit, Sehnsucht, sexuelles Verlangen, Perversionen, körperliche Schmerzen, Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zu bewältigen helfen. Krystal und Raskin (1970) gehen bei der Substanzabhängigkeit von einer bestimmten Funktionsweise des Ichs aus. Sie sehen die Substanzabhängigkeit in einer Stressbewältigung, einem Versuch des Ichs, ein intrapsychisches Ungleichgewicht, einen Konflikt oder eine Erregung zu bewältigen oder damit umzugehen. Um der totalen Hilflosigkeit zu entkommen, werden zur Verhinderung der Desintegration des Selbst und der Desorganisation Drogen konsumiert.

Substanzabhängige versuchen einen schmerzhaften Zustand zu lindern, zu verändern oder zu vermeiden. Die Substanz nimmt Schmerzen. Krystal (1962) fand, dass Angst und Depression aus einem gemeinsamen Uraffekt stammen. Bei Substanzabhängigen findet eine affektive Regression statt, wobei Angst und Depression wieder entdifferenziert werden. Danach führt dies zu affektiver Primitivisierung wie Resomatisierung und Entverbalisierung. Affekte werden nun als bedrohlich erlebt und versucht aus dem Bewusstsein ausgeschlossen zu werden. Deshalb weisen Abhängige häufig nur ein geringes Bewusstsein von Affekten, v. a. Angst und Depression, auf. Dieser Vorgang geht nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip. Die Schmerztoleranz ist ein Komplex von Ich-Funktionen. Bei deren Störung kann ein überdurchschnittliches Verlangen nach Substanzen entstehen, um physische oder psychische Schmerzen zu lindern. Es sind dieselben Ich-Funktionen, die bei der Reaktion auf körperlichen Schmerz wirk-

sam sind. Sie werden zur Bewältigung unangenehmer, schmerzhafter Affekte herangezogen. Diese Ich-Funktionen sind bei Substanzabhängigen mangelhaft, dass die Schmerztoleranz reduziert ist. Die Person, die mit unangenehmen Zuständen nicht umgehen kann, ist Stress und Traumata ausgesetzt. Raskin, Petty und Warren (1957) legen bei der Suchtentwicklung das Trauma ins Zentrum ihrer Überlegungen: Dabei ist im ersten Stadium der Suchtentwicklung die Person ausserstande, selbst eine adäquate Anpassung zu leisten. Ihre Persönlichkeit ist durch schwere Entwicklungsstörungen und eine pathologische Struktur gekennzeichnet. Sie ist ausserstande, Angst zu ertragen. Angsterleben wird durch impulsives Handeln zu bewältigen versucht. Drogen geben dagegen das Gefühl der Sicherheit, des Wohlbefindens von der unmittelbaren Wohlbefriedigung seiner Wünsche und ihren Mangel zu kompensieren. Krystal und Raskin (1970) sind der Ansicht, dass es die drogensüchtige Persönlichkeit als solche nicht gibt. Dagegen gebe es viele Einflüsse und Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der Substanzabhängigkeit oder des Substanzmissbrauchs erhöhen (Krystal & Raskin, 1970, S. 18–34).

Substanzen werden also genommen, um ein drohendes psychisches Trauma in einer Situation zu bewältigen, die für andere nicht traumatisch wäre. Diese potenziellen Ursachen sind Regression von Affekten, die Unfähigkeit, Angst oder Affekte als Signal zu benutzen. Zudem zeigt sich eine Unfähigkeit, Schmerz oder schmerzhaft Affekte zu ertragen (v. a. die Uraffekte oder Vorläufer einer Depression und Angst). Die Widerstandsfähigkeit gegenüber Traumata und der Reizschutz sind bei Substanzabhängigen defekt und werden durch den Substanzkonsum verstärkt. Es geht dabei also um eine Störung im Umgang mit unangenehmen Affekten (Krystal & Raskin, 1970, S. 34–41).

Durch die Substanzen werden Affekte blockiert. Ebenso kann ein somatisches Erleben mit Erregung und Lustgefühlen verbunden sein. Bei amphetaminartigen Substanzen werden somatische Angstreaktionen ausgelöst. Bei Barbituraten wird die Wahrnehmung von Gefahren verringert und bestimmte Angstäquivalente (wie Herzklopfen) werden erlebt. Dabei geht die Atmung in einen Seufzer über. Die Libidinisierung der Angst kann also ein wichtiger Faktor bei einer bestimmten Substanzabhängigkeit darstellen. Die pathologische Intoxikation mit Substanzen wie Alkohol bewirkt eine scheinbar unvernünftige Hyperaktivität im Vorstadium der Anästhesie, welche aber in Wirklichkeit Ausdruck einer Angst ist, die Kontrolle zu verlieren, der Furcht, das Bewusstsein nicht wieder zu erlangen, einer Todesangst. Substanzen haben die Funktion, Regressionen zu verhindern. Denn ein totaler Reizmangel scheint angstauss lösend zu sein. Objekte scheinen für die normalen Ich-Funktionen notwendig zu sein. Drogen befreien von unangenehmen Reizen oder Zuständen. Dabei spielt das ökonomische Prinzip

eine Rolle: Zum Konzept der Spannungsakkumulation durch Triebbedürfnisse kommt die durch Schmerzen und unangenehme Empfindungen (Hunger, Aggression etc.) hervorgerufene Spannung hinzu. Der Spannungsabbau erfolgt entweder durch eine Triebabfuhr oder durch Beseitigung des schmerzhaften Reizes. Die allgemeine Spannungsminderung, welche die lustvolle Entladung für den Substanzabhängigen unerreichbar macht, ist eine weitere Nebenwirkung dieser Selbstmedikation. Weiter werden die Spannungstoleranz und das Bewusstsein beeinträchtigt. Drogen folgen also dem Entlastungsprinzip. So spielen die pharmakogene Wirkung der Substanz und die Bedeutung für die Patienten im Sinne einer symbolischen Wunscherfüllung eine wichtige Rolle. Substanzen haben also zentral mit dem Lust-Unlust-Prinzip zu tun (Krystal & Raskin, 1970, S. 41–48).

Alkohol-, Narkotika-, Barbiturat- und andere Substanzabhängige zeichnen sich durch ihre Unfähigkeit aus, mit „realen“ Objekten in Beziehung zu treten. Menschen und äussere Objekte sind für sie bloss Quelle und Lieferant von etwas, das sie „vereinnahmen“ können. Sie haben das Bedürfnis, Ersatzobjekte zu finden, die einen Zustand kindlicher Sättigung hervorrufen (Radó, 1934; Savitt, 1963). Dieses Wonnegefühl dauert aber nur kurze Zeit. Dann müssen sie sich eine neue Zufuhr einverleiben. Die Vollendung der Einverleibungen (Introjektionen des Objekts) misslingt immer wieder. Das Schicksal des Ichs ist, dass es durch Ambivalenz gegenüber der Objekt-Repräsentanz gekennzeichnet ist und dessen Aggressionen auf magische Weise die Objektrepräsentanz und/oder die Selbstrepräsentanz zu zerstören drohen. Deshalb wird die Objektrepräsentanz durch Verdrängung der Wahrnehmung der eigenen Aggression des Patienten und seinem Liebes- und Vergebungsbedürfnis streng von der Selbstrepräsentanz isoliert. Durch Verleugnung, dass die Objekt-Repräsentanz ein Produkt der eigenen Psyche und des eigenen Lebens ist, wird das Ich gespalten. Das daraus resultierende verarmte Ich unternimmt illusorische Selbstheilungs- und Selbsterhaltungsversuche, die durch das Einverleiben „konkreter“ Ersatzobjekte erlebt werden. Die Ersatzobjekte, die Abhängigkeit verursachenden Substanzen, und die Objektbeziehungen werden mit ambivalenten Übertragungen ausgestattet. Sie müssen ebenso versagen, wie die Mutter, das ursprüngliche Objekt, im entscheidenden Lebensstadium des Patienten als versagend erlebt wurde (Krystal & Raskin, 1970, S. 49–74).

Obwohl Krystal und Raskin zu den wichtigsten Vertretern des ichpsychologischen Modells gehören, zeigte sich in diesem Abschnitt, dass ihre Ansichten mit dem objektpsychologischen Modell, Substanzabhängigkeit als Folge frühkindlicher Traumata und pathologischer Selbst- und Objekt-Repräsentanzen zu sehen, vereinbar sind.

Zur Veränderung des emotionalen Zustandes und Vermeidung schmerzhafter Affekte sind verschiedene Substanzwirkungen geeignet. Das Endergebnis kann durch mehrere Methoden erreicht werden. Unter den Möglichkeiten lassen sich folgende Verarbeitungsmuster unterscheiden (vgl. Krystal & Raskin, 1970, S. 97f):

1. Anästhesie und Analgesie: Der Schmerz des Affekts blockiert seinen physiologischen Aspekt, z. B. beim Konsum von Narkotika. Dies ist eigentlich eine hypnotische Methode, indem das Bewusstsein reduziert wird. Im Extremfall wird sie durch den Schlaf hervorgerufen. Mit abnehmender Wachheit verringern sich die Vorstellungsanteile zu Träumen, danach verschwinden sie ganz. Die Blockierung des Über-Ichs und des Bewusstseins der intersystemischen Spannung ist wahrscheinlich die Erleichterung, die gesucht wird.
2. Neuinterpretation des psychischen Konflikts oder Veränderung des Selbstbildes: Durch den Konsum von Substanzen, die das kritische Denken unterdrücken und die Wahrnehmung stören, wird ermöglicht, die eigene Realität in der Weise neu zu deuten, dass der betreffende Affekt so verändert, verbessert oder in sein Gegenteil verkehrt wird. Diese Reaktion ist besonders häufig beim Konsum psychedelischer Substanzen. Ihr Gebrauch zeigt sich in Jahrtausenden praktizierten religiösen, mystischen Ritualen oder anderen Ekstasen. Die Veränderung erfolgt in den Gedanken über sich selbst, die Welt und die Bedeutung des eigenen Zustands. Deshalb werden gewisse Substanzen bewusstseinsweiternd genannt, um das Bedürfnis zu leugnen, die schmerzhafteste Selbst-Bewusstheit zu unterdrücken oder zu verändern.
3. Desorientierung und Dissoziation: Der Substanzkonsum zielt darauf ab, unter den verschiedenen Ich-Funktionen, die bei der Affektentstehung beteiligt sind (Funktion der Realitätsprüfung, reflektive Selbst-Bewusstheit etc.) ein gewisses Mass an Verwirrung oder Auflösung/Dissoziation hervorzurufen. Die vorübergehende Befreiung der Aufgabe, sich zu orientieren, wird zur Erleichterung. Die Dissoziationen mancher Substanzabhängiger gestatten die Vermeidung von Angst vor Handlungen oder Impulsen. Sie werden durch „Abspaltung“ oder Verdrängung bewältigt.
4. Veränderung von Körperfunktionen: Dies tritt auf, wo bestimmte Lebensfunktionen (übermäßige Arbeit, sexuelle Aktivität etc.) dazu benutzt werden, um annehmbare passive Wünsche abzuwehren. Die primäre Abhängigkeit gilt der Arbeit oder der phallischen Überkompensation. Sie muss chemisch unterstützt werden, z. B. bei Substanzen zur Linderung von Muskelschmerzen oder anderen durch die Arbeit oder der Anspannung hervorgerufenen Beschwerden. Zudem unterstützen sie die Auslösung ange-

nehmer körperlicher Empfindungen bei Personen, die sich vieler Vergnügungen und Befriedigungen enthalten mussten.

In diesem Abschnitt betonen Krystal und Raskin (1970) die Funktion von Substanzen, defizitäre Ich-Funktionen zu verbessern.

Zusammengefasst gehen Krystal und Raskin (1970) von der besonderen Affektintoleranz des Süchtigen aus. Ausgangspunkt stellt ein undifferenzierter schmerzlicher Uraffekt dar. Dieser Affekt kann als Angst vor Desintegration verstanden werden. Bei einer schlecht ausgebildeten Affektdifferenzierung und geringer Frustrationstoleranz regrediert der Süchtige unter Belastung schnell auf diesen Uraffekt. Dieser wird dann mit dem Suchtmittel im Sinne eines Selbstheilungsversuchs zu bekämpfen versucht. Der Süchtige hat eine unzureichende Affektintoleranz gegen jede Angst und Depression entwickelt und versucht durch den Substanzkonsum die als unerträglich erlebten Spannungen herabzusetzen (vgl. Subkowski, 2000, S. 257f).

*Fazit:* Krystal und Raskin gelten als Vertreter des ichpsychologischen Modells. Sie bezogen aber auch trieb-, selbst- und objektpsychologische Aspekte ein.

### *Zusammenfassung*

Nach Krystal und Raskin (1970) werden Substanzen aufgrund der Ichpathologie (geringe Frustrationstoleranz, Hilflosigkeit etc.) von den Abhängigen konsumiert. Sie schreiben Substanzen teilweise spezifische Wirkungen zu, weshalb die Abhängigen diese Substanzen konsumieren. Sie schreiben Substanzen folgende Verarbeitungsmuster zu: Anästhesie und Analgesie, Neuinterpretation des psychischen Konflikts oder Veränderung des Selbstbildes, Desorientierung und Dissoziation und Veränderung von Körperfunktionen. Auch Krystal und Raskin (1970) bleiben in ihren Ausführungen bzgl. Substanzen relativ unspezifisch.

### 3.4.3 Das Über-Ich

Freud hat ca. ab 1914 das Über-Ich oder Über-Ich-ähnliche Konzepte auf seine psychoanalytischen Theorien und Modelle angewendet. So kann das Über-Ich auch auf die verschiedenen psychoanalytischen Modelle (trieb-, ich-, selbstpsychologisches und objektpsychologisches Modell) angewendet werden (Trimborn, 2002, S. 754–758), worauf in dieser Thematik aber verzichtet wird.

Da für Wurmser in Bezug auf Sucht (s. u.) die Pathologie des Über-Ichs zentral ist, wird zuvor der Begriff des Über-Ichs vorgestellt und diese psychoanalytische Thematik erläutert:

Das Über-Ich ist eine der Instanzen der Persönlichkeit, wie Freud sie in seiner zweiten Theorie des psychischen Apparates beschrieben hat. Es nimmt die Rolle vergleichbar mit einem

Richter oder Zensor des Ichs ein, also in der Funktion des Gewissens, der Selbstbeobachtung, der Idealbildung (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 540). Das Über-Ich ist v. a. unbewusst und die Spannung zwischen Ich und Über-Ich löst Schuld- und Unwertgefühle aus (Trimborn, 2002, S. 754).

In klassisch psychoanalytischer Sicht wird es als Erbe des Ödipuskomplexes definiert. Es bildet sich durch Verinnerlichung elterlicher Forderungen und Gebote (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 540).

Einige Psychoanalytiker setzen die Bildung des Über-Ichs früher an, indem sie es bereits auf den prädipalen Stufen erkennen können (Melanie Klein). Andere erachten sehr frühe Verhaltensweisen und psychologische Mechanismen, die Über-Ich Vorläufer darstellen (z. B. Glover, 1933) (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 540).

Freud (1923) führt den Begriff Über-Ich ein. Er beschreibt damit eine kritische Funktion einer Instanz, die sich vom Ich abgetrennt hat, und es zu beherrschen scheint. Wie die Zustände der pathologischen Trauer oder Depression (Melancholie) zeigen, kritisieren und entwerten sich die Betroffenen. Der Begriff des Über-Ichs wurde durch Freud im zweiten topologischen Modell begründet, die Funktionen des Über-Ichs wurden aber auch in früheren Theorien Freuds erwähnt. Die Berücksichtigung von Krankheitsbildern wie Beobachtungswahn, Depression und pathologische Trauer, veranlassten Freud, innerhalb der Persönlichkeit wie ein Teil des Ichs, der gegen einen anderen Teil aufgerichtet ist, ein Über-Ich zu unterscheiden. Dies hat für den Betroffenen die Bedeutung eines Vorbilds und die Funktion eines Richters. In einem weiten und wenig differenzierten Sinn erscheint das Über-Ich hauptsächlich als Instanz, die ein Gesetz verkörpert und verbietet, es zu überschreiten. Nach Freud besteht ein Zusammenhang zwischen der Bildung des Über-Ichs und dem Untergang des Ödipuskomplexes: Das Kind, das auf die Befriedigung seiner verbotenen ödipalen Wünsche verzichtet, wandelt die libidinöse Besetzung der Eltern um in eine Identifizierung mit den Eltern. Das Verbot wird verinnerlicht (Laplanche & Pontalis, 2002, S. 540f).

Freud sieht letztlich zwei Faktoren für die Entwicklung des Über-Ichs verantwortlich: Die lange Hilflosigkeit des menschlichen Kindes und das Erbe des Ödipuskomplexes (s. o.). Später wird es auch durch soziale und kulturelle Forderungen bestimmt. Nach Freud baut sich das Über-Ich auf das elterliche Über-Ich auf, wird also zum Träger der Tradition (Trimborn, 2002, S. 755).

Das Über-Ich kann in unterschiedlichen Bereichen gestört sein. Das archaische Über-Ich, welches durch narzisstische Traumatisierungen geprägt wird, zeigt sich im Erleben tiefer Unsicherheit und Verfolgung. Das soziale Über-Ich betrifft die Trennungsangst, d. h. die Angst

vor dem Verlassen-Sein und Nicht-mehr-geliebt-Werden, und der Trennungsschuld, welche dem Erhalt eines sozialen Zusammenhangs und einer sozialen Identität dient. Das ödipale Über-Ich und Ich-Ideal beinhalten den Verzicht und die Aufgabe ödipaler Wünsche als Folge von Kastrationsangst durch Verdrängung und Identifizierung mit den ödipalen Objekten (Eltern) (Trimborn, 2002, S. 756).

#### 3.4.4 Wurmsers Ansichten zur Sucht

##### *Ankündigung des Autors*

Léon Wurmser (1931 in Zürich geboren) studierte in Zürich und Basel Medizin mit Spezialisierung Psychiatrie. In den 1960er Jahren emigrierte er in die USA (Humboldt Universität Berlin, 2004). Er war klinischer Psychiater, Psychoanalytiker und Hochschullehrer an der Virginia University in Charleston und an der University of Maryland in Baltimore County. Er ist Lehr- und Kontrollanalytiker und arbeitet in eigener Praxis in Towson, Maryland. Er war einer der ersten Analytiker, der die von der Psychoanalyse lange postulierte Einschränkung der Nichtbehandelbarkeit schwerster Borderline-Störungen durch die Psychoanalyse hinterfragt hat. Teilweise konnte er durch die psychoanalytische Behandlung Erfolge erbringen. Seine Spezialgebiete liegen im Über-Ich und im Scham-Problem (Wurmser, 2000a).

##### *Einführung zum Text*

Léon Wurmser hat sich im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen v. a. auf Pathologien des Über-Ichs konzentriert (Wurmser, 1983, 1987a, 1987b, 2000a, 2000b, 2008). Wurmser sucht nach Gründen, die eine Person substanzabhängig machen können. Er sieht diese v. a. in der Über-Ich-Pathologie, die er genauer ausführt.

Wurmser (2000a, S. 337–385) stellt die psychosomatische und durch das Suchtmittel verstärkte Regression des Abhängigen in den Vordergrund seiner Überlegungen. Die Patienten weisen schwer erträgliche Schuld- und Schamgefühle bei einem sadistischen Über-Ich-Konflikt auf. In narzisstischen Krisen bei Enttäuschungen werden überwältigende Affekte ausgelöst, die den Patienten in die Sucht treiben. Wurmser sieht dabei pharmakologisch verstärkte Abwehrmechanismen: Verleugnung, Wendung ins Gegenteil, Affektmobilisierung, Affektblockierung und Externalisierung. Nach dem ichpsychologischen Modell ist bei diesen Patienten die Ich-Struktur (Frustrationstoleranz etc.) und Identitätsentwicklung gestört und nicht nur die Triebabfuhr bzw. Spannungsregulation. Die Substanz dient dabei als (narzisstisches) Selbstheilungsmittel, um Ich-Leistungen überhaupt erst zu ermöglichen. Zahlreiche Ich-Funktionen sind hier defizitär oder nur rudimentär ausgebildet, wie die Affektregulierung



von Wut, Furcht, Angst, Nähe-Distanz-Regulierung, die Frustrationstoleranz und die Steuerung von Impulsen. Die Substanz hat nach innen und aussen eine Reizschutzfunktion.

Sucht versteht er als zwanghafte Abhängigkeit von einem äusseren Faktor. Er beinhaltet v. a. die künstlich verstärkte Abwehr gegen überwältigende Affekte, und versuchte Abwehr gegen die durch übermässigen Über-Ich-Druck bedingten Affekte, u. a. Scham und Schuld, und der damit verbundenen Aggressionen und Ängste. Dieser Abwehr liegt eine phobische Kernstruktur mit der Suche nach narzisstisch überhöhten Schutzobjekten und -Situationen zu Grunde. Die damit verbundenen narzisstischen Krisen führen zur Identitätsspaltung. Pathogenetisch ist chronische Traumatisierung mit Affektregression und Sexualisierung eine wichtige Ursache. Beim Beginn der Abhängigkeit und bei den Rückfällen lassen sich charakteristische Sequenzen von Kompromissbildungen als Teufelskreise (*circuli vitiosi*) feststellen (Wurmser, 2000b, S. 40).

Auch Wurmser (2000a, S. 357–363) geht von keiner einheitlichen Persönlichkeitsstruktur der Süchtigen aus. Er sieht auch keine scharfe Grenze zwischen dem süchtigen Verhalten und dem neurotischen Prozess. Unter diesem Verhalten versteht er im Allgemeinen die tiefe, ver-sklavende Hörigkeit, die Abhängigkeit von einer Autorität, einer zwingenden Kraft. Diese wird normalerweise als von aussen kommend erlebt und betrachtet. Mit jedem System oder Objekt (Droge, Liebespartner etc.), das Unterwerfung fordert und erhält, kann ein solches Verhalten einhergehen. Es ist eine scheinbar willentliche Unterwerfung unter einen Zwang (Wurmser, 2000b, S. 40).

Wurmser (2000a, S. 360) entwirft nach Freud (1924b), Wälder (1951) und Rangell (1974) ein Schema verschiedener Störungsbilder. In der Neurose stellt sich das Ich auf die Seite des Über-Ichs und der äusseren Realität und richtet seine Hauptabwehr gegen das Es. In der schizophrenen Psychose alliiert sich das Ich mit den archaischen Trieben und Gewissensansprüchen und richtet seine Abwehr in Form von Verleugnung und Rückzug von Investierung (*de-cathexis*) v. a. gegen die Aussenwelt. In der schweren Depression geht das Ich ganz ins Über-Ich ein, ihr Gegenbild ist die Schizophrenie. Bei der Sucht wehrt sich das Ich sowohl gegen das Gewissen wie gegen die Realität (v. a. bei Begrenzung durch Zeit, Verantwortung etc.). Es geht also um Selbsterhaltung, mit Voraussehen der Folgen, mit Aufschub und späterer Befriedigung. Grundsätzlich mag es immer noch die Trieb- oder Affektwelt sein, die letztlich dieser Konfliktlösung zugrunde liegt. Doch es sind v. a. Triebe wie Aggression und Selbstbehauptung, die in den Dienst der Abwehr gegen die als traumatisierend erlebte Umwelt gestellt werden. Lust fungiert im Rausch dabei nicht als Selbstzweck, sondern es ist Lust im Dienste der breit angelegten Abwehr gegen Über-Ich und Aussenwelt. Durch Verleugnung entstehen

ebenso Gegenphantasien. Die meisten dieser Ängste und depressiven Gefühle beziehen sich auf diese Konfliktlösung und lassen sich entweder aus dem Abwehrkampf gegen Über-Ich und die Aussenwelt ableiten oder lassen umgekehrt diesen Kampf als notwendig erscheinen. Die mit dem Substanzkonsum erzielte Konfliktlösung ist selbstzerstörerisch. Ihre Unhaltbarkeit zeigt sich in der „Rückkehr des Verleugneten“, analog zu dem von Wälder (1951) geprägten Begriff der „Rückkehr des Verdrängten“, den er im Zusammenhang mit anderen Formen von Neurosen gebrauchte. Die typische Konfliktlösung bei der Sucht liegt darin, dass wichtige Aspekte des Über-Ichs und damit verbundener Anteile der äusseren Realität (mit Autorität, Begrenzungen etc.) abgewehrt werden. Es ist zu erwarten, dass eine Rückkehr dieser abgelehnten Funktionen stattfindet. Bei der *Wiederkehr des Verleugneten* spielt der von Wälder (1951) vermutete *Isomorphismus von Abwehr und Abgewehrtem* eine Rolle. Wurmser spricht deshalb analog von der *Wiederkehr des Verleugneten*. Als Gegenstück zur Verleugnung tritt eine Forderung, ein Anspruch. Die Abwehr v. a. dieser Über-Ich-Funktionen und deren Vertreter in der äusseren Wirklichkeit lassen sowohl die Folgen solcher Abwehr wie die Rückkehr des Abgewehrten in der Dynamik erwarten. Deren Rückkehr ist v. a. durch das in die Ideale eines investierten Narzissmus zu erwarten, durch viele narzisstische Ansprüche und der Befriedigung. Die Rückkehr des verleugneten Über-Ichs erscheint als Bestrafung von aussen, als Verfolgung, die ständig provoziert wird, der man sich nicht unwillig unterwirft. Der Schützer selbst, v. a. die Substanzabhängigkeit, wandelt sich zur beschwerlichen Belastung. So wird das Über-Ich wieder wichtig (Wurmser, 2000a).

#### *Entwicklung der Substanzabhängigkeit*

Wurmser (2000b, S. 53) beschreibt folgenden Ablauf bei der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen:

- Eine Intoleranz gegenüber Affekten, v. a. gegenüber Unlust, Angst, Niedergeschlagenheit, Schuld, Scham und Stimmungen von Dysphorie, Ekel und Spannung. Es findet ein Versagen der Affektregulation statt.
- In der Interaktion mit der Umgebung führt dies zu schweren Konflikten. Das heisst, je schwerer die Regulationsstörung, desto extremer und archaischer sind die Konflikte und desto radikaler werden die Affekturteile (gut/schlecht, lustvoll/unlustvoll etc.) sein.
- Die durch diese Konflikte bewirkten Ängste sind besonders überwältigend, d. h. desintegrierend. Diese Fragmentierung wirkt sich auf das Selbstgefühl aus. Sie zeigen sich z. B. in narzisstischen Krisen und narzisstischen Restitutionsformen, welche Teilerscheinungen solcher Konflikte sind.

### *Funktionen von Substanzabhängigkeiten*

Für Wurmser ist die Funktion von Substanzen zentral. Sie liegt in der durch Substanzen herbeigeführten Erleichterung, Befriedigung und im Selbstschutz (Wurmser, 2000a, S. 339). Die Funktionen der Substanzen scheinen nach Wurmser für alle Abhängigen zentral zu sein.

Er formuliert folgende Funktionen von Substanzen in einem Abriss der individuellen Psychopathologie von Toxikomanen (Wurmser, 2000a, S. 339–342):

1. Substanzen dienen v. a. einer „künstlichen“ Affektabwehr als pharmakologisch sehr verstärkte Verleugnung von Gefühlen, die das Ich sonst zu überwältigen drohen. Es ist der Versuch mit einer lästigen inneren Wirklichkeit fertig zu werden und so die Wahrnehmung und das Erleben der Aussenwelt massiv zu verändern. Dies setzt eine Prädisposition und archaische Abwehrformen der Verleugnung und der Affektblockierung voraus, aber auch eine Bereitschaft zur Affektregression. Die Wahl der Substanz weist typische Korrelationen mit unkontrollierbaren Gefühlen wie Leere oder Sinnlosigkeit auf. Narkotika und Sedativa (Hypnotika) richten sich v. a. gegen Wut, Scham, Eifersucht und gegen die Angst, die vor diesen Gefühlen warnt. Stimulanzien wie Amphetamine und Kokain sind v. a. wirksam gegen Depression und Gefühle der Schwäche und der Apathie. Psychedelische Drogen, u. a. Cannabis, LSD, Phencyclidine (PCP oder Psilocybin) helfen mit Langeweile, Leere und Enttäuschung über Ideale umzugehen. Alkohol richtet sich gegen Schuld- und Einsamkeitsgefühle und damit verbundene Angst.
2. Die Abhängigen haben einen phobischen Charakter. Sie haben einen phobischen Kern in der Infantilneurose. Vor allem Klaustrophobie zeigt sich bei Abhängigen in der Angst vor Verpflichtung, Begrenzung und Struktur. Nähe muss deshalb abgewehrt werden.
3. Neben Phobien bestehen auch *Schutzphantasien*, Phantasien von schützenden Personen oder unpersönlichen Schutzsystemen. Die Suche nach einem Schützer gegen das phobische Objekt und die Angstsituation führt zur Abhängigkeit von einem solchen antiphobischen Faktor, zur Hörigkeit gegenüber einem geliebt-gehassten Partner oder einem Fetisch, zur Unterwerfung unter eine Substanz und die damit verbundenen Peers oder an einen Therapeuten. Die Substanzabhängigkeit ist nur eine Sonderform einer solchen Schutzphantasie, die den phobischen Kern abzuschirmen versucht. Jedes Claustrium wird demzufolge gesucht und von jedem Claustrium wird diese Person abhängig, so dass sie vor diesem Claustrium fliehen muss.
4. Die Beschützer werden sehr überbewertet, d. h. es sind *narzisstisch überschätzte Objekte*. Das heilende Wesen der Substanz kann dann auch zerstörend wirken. Es ist eine „narzisstische“ Objektwahl. Parallel dazu wird das Gefühl der Ohnmacht und der

Hilflosigkeit, das wiederholte Erlebnis von „traumatischen“ Gefühlen bedeckt. Diese werden u. a. durch narzisstische Gefühle hochmütiger Arroganz oder durch den tiefen Rückzug der Gefühle von der schmerzlich bedrohenden Umwelt („Aufgabe der Besetzungen“) in Kälte und Rücksichtslosigkeit abgewehrt.

5. Hin- und herschwankend zwischen der Angst vor den verurteilenden und erniedrigenden Gewalten aussen und den oben beschriebenen narzisstischen Ansprüchen von innen nehmen Identität und Gewissen einen ungewissen Charakter an. So können Perioden hoher Ehrlichkeit in kriminelle Verlogenheit und „Grenzverletzungen“ umschlagen. Es handelt sich dabei, wie bei anderen schweren Neurosen, um eine extreme *Identitätsspaltung*.
6. Akute *narzisstische Krisen*, befürchtete oder tatsächlich eingetretene Enttäuschungen bei anderen und bei sich selbst, lösen dann die beschriebenen überwältigenden Affekte aus und treiben den Patienten in die Sucht oder stossen ihn wieder hinein, wenn er abstinent geblieben ist.

Wurmser (2000b, S. 43f) untersucht die Psychodynamik der Identitätsstörung, indem er ihren Ursprung in den narzisstischen Krisen sieht. Dabei handelt es sich um eine unbestimmte Spannung oder unerklärliche Angst, eine breite Depression oder eine Dysphorie. Im Vordergrund stehen Affekte, die sich auf drohende Gefahren oder bereits erfolgte Schädigungen beziehen. Meistens sind sie gleichzeitig vorhanden und intensiv. Unter diesen Angst- und Depressionsaffekten stechen v. a. schwere Minderwertigkeitsgefühle gegen ein Ideal oder tiefe Gefühle nicht gut zu sein oder etwas nicht getan oder geleistet zu haben hervor. In diesen Episoden scheinen also die innere Autorität und die von ihr getragenen Ideale unerträglich. Durch Schuld und Scham nimmt der Über-Ich-Druck zu. Während des Prozesses der Impulshandlung zeigt sich ein trotziges Aufbäumen gegen einen beschwerlichen und kritisierenden Teil dieser inneren Autoritätsfigur und dessen kurzfristigen Herabsetzung. Die erwähnten Umschläge können so extrem sein, dass von einer Identitätsspaltung gesprochen werden kann. Bei diesen Neurosenformen sind die Strenge und die Polarisierung des Über-Ichs bedeutsam. Es ist oft in „Alles oder Nichts“ oder „Schwarz-Weiss“-Kategorien aufgebaut. Weiter ist dabei der Masochismus in all seinen Formen wichtig. Dieser Prozess wird von mehreren Abwehrmechanismen begleitet (s. u.).

## Abwehrstruktur

Wurmser (2000a, S. 346–357) geht im Folgenden auf die Abwehrstruktur und die Abwehrmechanismen von Substanzabhängigen ein. Er gibt dabei eine Auswahl an Abwehrmechanismen:

1. *Verleugnung*: Berausung ist nur eine pharmakologisch verstärkte Form der Abwehr durch Verleugnung, um sich unangenehmer Affekte der Realität zu befreien. Es werden peinliche Affekte und das Gewahrwerden innerer Konflikte verleugnet. Deshalb werden Gefühle abgestritten und doch auch wahrgenommen. Diese Verleugnung wird deshalb von einer Ich-Spaltung begleitet.

Nach Wurmser ist es bei Abhängigen so, dass das, was sowohl wahrgenommen wie auch verleugnet wird, die Gegenwart von Bereichen des Innenlebens ist, die Betroffene an schwere Traumata erinnern, die sie zumeist erlitten haben. Diese Bereiche engen sich auf bestimmte Affekte ein, die etwas mit dem Gewissen, mit Autorität etc., d. h. mit dem Über-Ich zu tun haben. Entweder sind es Affekte der Verurteilung durch das Über-Ich (Scham und Schuld), also herabgesetztes Selbstwertgefühl, Traurigkeit und Leere oder die des Idealverlusts. Oder es sind Affekte und Strebungen, die umgekehrt zu solcher Verurteilung durch das Gewissen führen, v. a. Aggressionen. Weiter sind eine solche ausgedehnte Verleugnung und die damit einhergehende *Idealisierung* von ausgedehnten *Verschiebungen* begleitet. Das heißt, was gemieden und gefürchtet oder ersehnt und gesucht wird, wird verallgemeinert und wieder gefunden. Ein Beispiel dafür ist das Sich-Sehnen nach der Substanz (craving) bei Patienten, die nicht mehr physisch süchtig sind. Bei Einnahme der Droge stellt sich eine Abwehr gegen Gewissen und Aussenwelt, v. a. durch *Verleugnung* und das Bündnis mit den Trieben, ein. Eine andere Folge ausgedehnter Verleugnung ist die *Depersonalisierung* in mehreren Formen. So wird beispielsweise der exhibitionistische Teil abgelöst und als nicht einem zugehörig erlebt. Umso mehr diese massiven Gefühle zum Vorschein treten, umso mehr müssen sie verleugnet werden, treten dann in Form von Hohn und Langeweile auf. Die Verleugnung der affektiven Seite der Persönlichkeit erscheint als Begleiterin des Schamkonflikts.

2. *Wendung ins Gegenteil*: Die Wendung vom *Passiven ins Aktive* und die damit verbundene *Rollenvertauschung* und *Identifizierung mit dem Angreifer* spielen bei der Abhängigkeit eine wichtige Rolle. Die Mehrheit der Abhängigen sind Opfer schwerer körperlicher und emotionaler Kindsmisshandlung gewesen. Die archaische Abwehr durch Affekt- und Triebumkehrung (statt Angst, Wut, Verachtung etc.) wird immer wieder und durchgehend von früh an benutzt, um diese Traumata zu bewältigen.

3. *Affektmobilisierung und Affektblockierung*: Affekte können auf verschiedene Art der Abwehr dienen: Einerseits kann die Angst als Deckaffekt zur Verhüllung einer tieferen Angst dienen, z. B. Schamangst, um Kastrationsangst zu verneinen. *Affektumkehrungen* können helfen mit der Situation besser umgehen zu können. Ein Beispiel hierfür sind Wutausbrüche zur Angstabwehr. Eine gegenteilige Form der Affektveränderung ist das „Einfrieren“ der Gefühle, die *Affektblockierung*, ein globales Abstumpfen der Gefühle. Es wird häufig von Verleugnung und Verdrängung begleitet, v. a. bei Scham. Wurmser (2000a, S. 356) vermutet, dass Alexithymie auf massiver schambedingter Affektblockierung beruht.
4. *Externalisierung*: Bei dieser Form der Abwehr durch Handlung, die Verlegung eines inneren Konflikts in die Aussenwelt, wird eine innere Gefahr nach aussen verlegt und dort in der Phobie vermieden. Bei erfolgreicher Externalisierung durch die Handlung wird sie auch besiegt. Die Substanzeinnahme dient dieser Abwehr. Eine solche Externalisierung hat etwas Dehumanisierendes an sich, wobei die Neuinszenierung und die Handlung das Wichtige dabei sind. Das Wesen dieser Abwehr besteht darin, dass ihr eine bestimmte Phantasie zugrunde liegt, die eines abgeschlossenen Innenraumes, der gesprengt werden soll. Dies führt zur Frage nach dem *phobischen Kern* und zur Frage nach der spezifischen Konfliktlösung.

Ausgangspunkt von „*narzisstischen Krisen*“, wie sie Wurmser beschreibt, sind Affekte, die sich sowohl auf drohende Gefahren wie auf bereits erfolgte Schädigung beziehen. In diesen Angst- und Depressionsaffekten treten Minderwertigkeitsgefühle gegenüber dem Ideal, also Angst vor Blossstellung oder die depressive Gewissheit, dass diese bereits erfolgt sei, in Scham auf; tiefe Gefühle nicht gut zu sein, Verantwortlichkeit versäumt zu haben etc. Es geht also um Schuld. Meistens beziehen sich diese bewussten ängstlich-depressiven Scham- und Schuldgefühle auf Deckgeschehnisse (screen-events), deren Ursache unbewusst ist. Diese Episoden einer hochfahrenden inneren Autorität und der von ihr getragenen Ideale scheinen unerträglich, dass Angst bedrängend wirkt und Schuld und Scham darüber auslöst, dass man den inneren Befehlen nicht genügen kann (Über-Ich-Druck). Diese Abläufe sind von grosser Spezifität und zeigen eine Komplexität symbolischer Gleichungen, die für alle neurotischen Konflikte typisch sind. Bei der *Ablaufsequenz der Impulshandlung* kommt es zu einem trotzigen Aufbäumen gegen einen beschwerlichen und kritisierenden Teil dieser inneren Autoritätsfigur und dessen kurzfristiger Absetzung. Dieser Vorgang hält solange an wie die Substanzwirkung besteht (Abwehr durch Verleugnung) (Wurmser, 2000a, S. 357f).

### *Über-Ich nach Wurmser*

Neben Ich-Ideal, Selbstbeobachtung und Selbstverurteilung umfasst das Über-Ich auch eine billigende und beschützende innere Instanz (Schafer, 1960). Damit ist der Patient immer auf der Suche nach „Beschützern und Verzeihern“. Die Substanz wird gleichzeitig zwanghaft gesucht, wie das phobische Objekt vermieden wird. Phobisches und antiphobisches Objekt respektive Wunsch- und Gefahrenobjekt sind sehr nahe miteinander verwandt, im Grunde dasselbe. Auch bei Substanzen handelt es sich um zwei Seiten eines ambivalent erlebten ursprünglichen Objekts – Schutzobjekt und Schutzsysteme zeigen dabei immer die „Rückkehr des Abgewehrten“. Bei Abhängigen erscheint das Schutzsystem als eine reexternalisierte Version des archaischen Über-Ichs. Es wird eingesetzt, um Macht und Kontrolle einem Ich zu gewährleisten, das von traumatischer Angst und Depression bedroht ist. Es ist nötig, um einem anderen Bereich des Über-Ichs entgegenzutreten, der mit frühen Traumatisierungen und Schamgefühlen verbunden ist. Die Über-Ich-Schutzfigur zeigt alle gefürchteten Objekte, die abgewehrt werden sollten, doch jetzt unter der Herrschaft des Ichs (Wurmser, 2000a, S. 364–366).

Dabei ist häufig eine innere Diskontinuität festzustellen, die sich bei gewissen Abhängigen zeigt. Es kann zu Umschlägen kommen, die so extrem sein können, dass wir nicht selten von multiplen Persönlichkeiten sprechen können, die mit *Identitätsspaltung* (vgl. DNOS Diagnoseschlüssel DSM-IV, dissoziative Störungen) zu kennzeichnen sind (vgl. American Psychiatric Association, 1994). Diese Abwehrphänomene beruhen auf komplexen Abwehrvorgängen, v. a. der Verleugnung, der Unterdrückung unangenehmer Affekte, der Externalisierung und der Wendung vom Passiven ins Aktive (Wurmser, 2000a, S. 366f).

Wurmser (2000a) hebt die Bedeutung von der Grenze, der Schranke und der Einschliessung hervor, die eine wichtige Symbolgruppe darstellt, die für das Über-Ich steht. Die Furcht vor diesem Claustum dehnt sich normalerweise auf metaphorische Einschränkungen aus. Jede Geste der Annäherung, wie Berührung, kann als Bedrohung interpretiert werden. Eine weitere symbolische Variante manifestiert sich als Saumseligkeit und Unentschlossenheit (procrastination). So können unter der Klaustrophobie auch einengende Lebensverpflichtungen verstanden werden. Die orale Bedeutung des Clastrums wurde oft bemerkt, Claustum = Abhängigkeit = verschlingende Mutter und die Wiederholung der Furcht vor dieser der Autonomie und der Identität beraubenden Figur in der Übertragung. Das verbotende und einschränkende Elternbild der Kindheit, das zum Träger der eigenen, projizierten oralen und anal-sadistischen Aggression und der Abhängigkeitswünsche geworden ist, besteht im Über-Ich ebenso weiter wie die verknüpften Traumatisierungen. Seine einschränkende Gewalt wird

gesucht und gefürchtet. Das Über-Ich ist eine Instanz der Beschränkung par excellence und erweist sich deshalb als Hauptreferent für das Claustrium. Es besteht deshalb ein Konflikt in der Gleichung „Claustrium = Grenzen = Über-Ich = einengende Aussenwelt“. Dieser psychodynamische Faktor ist nicht auf die Substanzabhängigkeit beschränkt. Den Gleichsetzungen liegt eine noch tiefere archaischere zugrunde: „Claustrium = Angst“. Das Angsterlebnis zeigt sich im Engegefühl. Die schwere Über-Ich-Angst ruft bei diesen Patienten die Urgleichung hervor. So werden metaphorische Grenzen auch auf andere Bereiche verschoben. Substanzen, Ideologien, Gruppen etc. werden überbewertet und als absolut gut erlebt. Es sind „narzisstische Objekte“, Selbstobjekte, von denen erwartet wird, dass sie grenzenlos verzeihend seien. Das heißt, die *Über-Ich-Spaltung* und die dadurch bedingte *Identitätsspaltung* beruht auf der *Abspaltung der Schutzfunktionen von den gefürchteten Aspekten der ursprünglichen Eltern*, frühe Ambivalenzkonflikte mit Abwehrvorgängen der *Triebumkehrung der Verleugnung*, der *Externalisierung*, der *Verschiebung* und der *Verdrängung*. Die Rückkehr des abgewehrten Gewissens durch Beschämung von provozierte Entwürdigung und Entehrung, d. h. durch Umkehrung, von herausfordernder Schamlosigkeit und Frechheit. Scham und Schamlosigkeit spielen dabei also eine wichtige Rolle (Wurmser, 2000a, S. 367–371).

Im Zusammenhang mit Traumatisierung und bedeutender Affektregulierung zeigt sich, dass Gefühle von Abhängigen als rasch überwältigend empfunden werden. Das heißt, sie sind entdifferenziert, entziehen sich der Symbolisierung, werden deverbalisiert. Sie werden so empfunden, als wären sie körperlicher Natur, d. h. sie werden somatisiert. Diese Affekte erscheinen in sexualisierter Form. Sexualisierung wird eingesetzt, um Affekte wie des sich Schämens, oder der Demütigung zu regulieren. Das Ergebnis einer schweren Störung der Affektregulierung ist die archaische Gleichsetzung von Überstimulierung durch etwas Äusseres, das als traumatisch erlebt wird, von überwältigenden, widerstrebenden Gefühlen, den verschlingenden Bildern der Oralität, der sexuellen Erregungen und aggressiven Phantasien und Gewalttätigkeit. Diese archaische Gleichung von traumatischen Gefühlen, Sexualisierung und Aggression ist selbst wieder beängstigend und beschämend und führt zu Gegenmassnahmen durch das Über-Ich (Schuld- und Schamgefühle). Die Kontrolle über die Affekte geht dadurch verloren und führt zur inneren Spaltung. Die Hilflosigkeit wird u. a. durch Allmachtsphantasien abgewehrt. Sie bewirkt gleichzeitig den Beginn eines endlosen Teufelskreises (Wurmser, 2000b).

Es scheint kein Wiederholungszwang ohne die entscheidende Mitbestimmung des Über-Ichs zu geben. Dies beinhaltet auch Konflikte innerhalb des Über-Ichs, v. a. Loyalitätskonflikte oder Schuld-Scham-Dilemmata. Abwehrformen und Triebabkömmlinge können in Impuls-



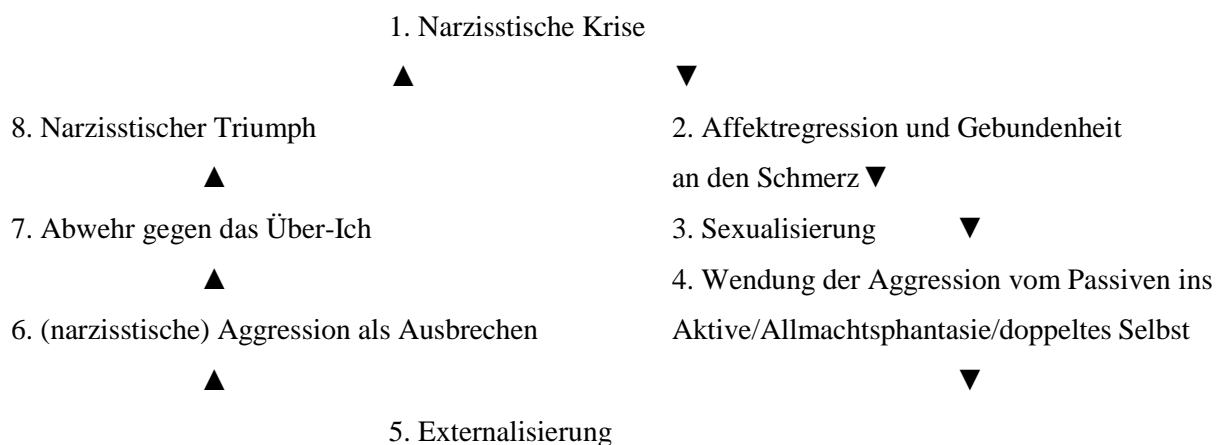
handlungen von Bedeutung sein. Es handelt sich also um eine Abfolge von Kompromisslösungen, in welcher das Über-Ich wichtig ist (Wurmser, 2000a, S. 373–378).

Rückfälle laufen dann nach diesem Schema ab (vgl. Wurmser, 2000b, S. 48): Ich fühle Schmerz und Wut und berausche mich – ich fühle mich schuldig – um damit fertig zu werden, berausche ich mich von neuem – ich kann dies als einen Kreisverlauf erkennen.

### *Teufelskreis der Substanzabhängigkeit*

Wurmser (2000b, S. 52) fasst seine Erkenntnisse in einem Circulus vitiosus bei der Sucht zusammen, die mit der narzisstischen Krise beginnt und dem narzisstischen Triumph endet, wobei wieder der Absturz in die narzisstische Krise erfolgt.

Circulus vitiosus der Sucht (Wurmser, 2000b, S. 52):



Wurmser (2000a, S. 49–52) setzt bei Rückfällen einen Selbstheilungsversuch im Umgang mit Schmerz und Wut voraus. Zu einem momentanen Zusammenbruch der Identität führt ein unerträglicher Gewissensdruck, der von Schuldgefühlen oder Scham geprägt ist. Er ist verbunden mit einer Enttäuschung über die anderen oder sich selbst, die sich in Wut und dann in eine Ausserkraftsetzung von Realitäts- und Gewissensforderungen zu einem kurz dauernden Lustzustand des Substanzkonsums und zum neuen Absturz führt.

In seinem Modell des Rückfalls ist eine narzisstische Krise als Ausdruck einer Retraumatisierung der Ausgangspunkt. Damit meint Wurmser (2000b, S. 49) das Resultat hoher Erwartungen, die sich in lebenslangen Traumatisierungen spiegeln. Darauf werden Gefühle als überwältigend, global, archaisch, körperlich und nicht in Worte fassbar empfunden, was zu Wut, Scham und Verzweiflung führt. Darunter versteht Wurmser (2000b, S. 49) die Deverbalisierung, Entdifferenzierung und Resomatisierung von Affekten. Der Affekt scheint zu ver-

schwinden, was dem Craving nach dem Entzug ähnlich ist. Die Regression an den schmerzlichen Affekt ist beim Substanzproblem das Vordringliche. Diese Affektregression und Bindung an den Schmerz kann einen Grund für die Scham darstellen.

Die Affektregression ist eigentlich eine Sexualisierung, wobei Sexualität und sexuelle Erregung mit Gewalt, Grausamkeit, Explodieren und mit schmerzhafter Spannung und mit überwältigenden, unerträglichen Gefühlen und Überstimulierung gleichgesetzt wird (Wurmser, 2000b, S. 50).

Der vierte Schritt ist die Wendung vom Passiven ins Aktive, d. h. die Identifizierung mit dem Angreifer oder mit dem Trauma. Weiter spielen Phantasien der Allmacht als Schutz gegen die Hilflosigkeit, was mit einer Dehumanisierung der anderen und mit einer Verdoppelung des Selbst einhergeht. Diese Spaltung oder Verdoppelung beinhaltet eine Verleugnung und Dissoziierung der inneren Realität. Es sind v. a. überwältigende Affekte als Affektblockierung (Wurmser, 2000b, S. 50f).

Es folgt eine Getriebenheit zu Handlung, Substanzen und Abwehr durch Externalisierung. Wichtig ist die Abwehr durch konkrete Handlungen in der Aussenwelt, die magisch das Leben verändern soll (Wurmser, 2000a, S. 51).

Darauf folgt narzisstische Aggression, v. a. durch Grenzverletzungen (Wurmser, 2000a, S. 51). Der darauffolgende Schritt, die Flucht vor dem Gewissen, ist der spezifischste für die Symptombildung. Es ist eine Abwehr gegen das Schuldgefühl (Wurmser, 2000b, S. 51f).

Es ist vielfache Lust und narzisstische Befriedigung eines übersteigerten Berechtigungsanspruchs, der wiederum die Voraussetzung für den Absturz in narzisstische Krisen ist (Wurmser, 2000b, S. 52).

### *Familiärer Hintergrund*

Wurmser (2000a, S. 378–385) weitet seine psychodynamischen Überlegungen bzgl. der Substanzabhängigkeit auf Familien aus. Er (2000a, S. 378–385) räumt dem Familienhintergrund in der Entstehung von Substanzabhängigkeitserkrankungen eine bedeutende Rolle ein. Er unterteilt dabei vier Familientypen, die v. a. durch massive Traumatisierung, Täuschung, Aufdringlichkeit und Inkonsequenz auffallen.

1. Die traumatische Intensität der Ängste, u. a. des phobischen Kerns, wie bei einigen Patienten schwere Traumatisierungen von aussen angenommen. Sorgfältige, systematische Studien fehlen allerdings. Nach Wurmsers Erfahrung sind es bei den Heroinabhängigen 60 %, die Opfer von Kindsmisshandlungen waren. Die Reaktion kann eine Identifizierung mit dem Angreifer oder mit dem Opfer sein. Oder es sind Substanzen, die Gefühle

von Schmerz, Hilflosigkeit, Scham etc. ersticken sollen (vgl. Alkohol, Narkotika und Barbiturate).

2. Ein zweiter Familientyp zeichnet sich durch Zudringlichkeit, das Sich-den-Kindern-Aufdrängen aus. Dies kann zu einer Mischung von *Pseudoidentität und alldurchdringender Scham* bei Kindern führen. Dieses elterliche Verhalten ruft bei den Kindern sowohl Groll wie Scham hervor.
3. Dieser Familientyp ist fast ein Gegenstück zum zweiten. Er zeichnet sich durch Geheimnistuerei, *Verlogenheit und emotionale Ferne (unavailability)* der Eltern aus. Es sind Familien, die u. a. ihrer Scham frönen und ein *Familiengeheimnis* haben, eine falsche Fassade von Anständigkeit. Wie die zudringliche Familie, so fördert auch diese Familie Depersonalisierung im Sinne eines Gefühls der Unwirklichkeit.
4. Dieser Typus zeichnet sich durch grosse *Inkonsequenz und Unverlässlichkeit (inconsistency)* aus. Jedes narzisstische Verlangen bestimmt, was wirklich sein soll, was als recht und anständig zu gelten hat. Wenn kein solches Gesetz, keine Regel überdauernd ist, sondern ständig wechselt, ist dies ungünstig und kann sich auf die Stabilität von Über-Ich-Strukturen negativ auswirken. Dieses Familienmerkmal findet sich zu einem gewissen Masse bei allen Substanzabhängigen.

### *Einschränkungen*

Wurmser (2000a, S. 284f) schliesst, indem er seine theoretischen Überlegungen relativiert, dass sie in ihrer Allgemeinheit nicht zu überzeugen vermögen. Andererseits ist eine zu detaillierte Betrachtung des Themas dazu nicht imstande, da er nur Beispiele dargestellt habe. Er habe beides zu zeigen versucht, aber nicht als Überzeugungsversuch. Eine Schamanalyse sieht er für das Verständnis dieses Patienten als wichtig an. Zudem sind es Schamkonflikte in Familie und Gesellschaft, die eine besondere Verwandtschaft zum Problem der Substanzabhängigkeit aufweisen und die sich in dessen Konfliktlösungen und Abwehrformen niederschlagen.

### *Kritik an Wurmser's Modell*

Hunziker und Boesch (2008, S. 217) kritisieren an Wurmser's heuristischem Modell, dass sich Wurmser in seinen Ausführungen auf die Population der „Toxikomanen“ bezogen habe. Es bleibe unklar, inwiefern das Modell auf alle Substanzabhängige generalisierbar sei und ob von einer Einheit und einer Homogenität ausgegangen werden kann. Zudem bleibe unklar, aufgrund welcher empirischen Evidenz eine Generalisierbarkeit angenommen wird. Weiter sei unklar, inwiefern aufgrund des Modells bei Patienten mit einer Substanzstörung von einer

„Infantilneurose mit phobischem Kern“ und einer „Klaustrophobie“ ausgegangen werden könne (vgl. Wurmser, 2000b, S. 41). Zudem sei unklar, inwieweit Wurmser's Annahme, dass der Drogenkonsum einer Konfliktlösung diene, verallgemeinerbar sei (vgl. Wurmser, 1987b, S. 238). Weiter sei die Unterscheidung zwischen Defekt und Konflikt nicht deutlich (vgl. Wurmser, 1987b, S. 238). Ebenso bleibe die Generalisierbarkeit von frühkindlichen Traumatisierungen für die Entwicklung einer Substanzstörung unklar.

### *Zusammenfassung*

Wurmser hat in seinen psychoanalytischen Überlegungen zur Substanzabhängigkeit v. a. die Über-Ich-Pathologie betrachtet. Dabei wird eine Entwicklung der Substanzabhängigkeit in einem Modell postuliert, das durch Intoleranz gegenüber Affekten gekennzeichnet ist. Interaktionen mit der Umgebung führen zu Konflikten und Ängsten. Zudem beschreibt er einen Teufelskreis von Rückfällen. Ebenso führt er folgende Abwehrmechanismen aus: Verleugnung, Wendung ins Gegenteil, Affektmobilisierung und Affektblockierung und Externalisierung.

### 3.4.5 Khantzian's Ansichten zur Sucht – die Selbstmedikationshypothese

#### *Ankündigung des Autors*

Edward Khantzian wurde 1936 in Haverhill MA in den USA geboren und wuchs dort auf. Er zählt zur ersten Generation armenischer Einwanderer. Er studierte an der Boston University und durchlief seine medizinische Laufbahn am Albany College of Union University. Er ist klinischer Professor an der Harvard Medical School (Akopyan, 2011).

#### *Einführung zum Text*

Eine aktuelle Entwicklung einer psychoanalytischen Theorie zur Substanzabhängigkeit ist die von Khantzian formulierte Selbstmedikationshypothese.

Danach wird vermutet, dass Abhängige vulnerabel für Substanzabhängigkeiten sind, weil sie an schmerzlichen Affekten und damit zusammenhängenden psychischen Störungen leiden. Die Substanzen werden nicht wahllos konsumiert. Die Droge der Wahl ist ein Resultat der psychopharmakologischen Aktivität der Droge und den wichtigen schmerzlichen Gefühlen, gegen welche die Abhängigen ankämpfen. Opiatabhängige bevorzugen dementsprechend Opiate wegen ihrer starken beruhigenden Wirkung gegen Aggressions- und Rachegefühle. Kokainisten konsumieren diese Substanz wegen ihrer Möglichkeit Belastungen (distress), die

mit Depression, Hypomanie und Hyperaktivität verbunden sind, abzubauen. Diese Patienten weisen oft impulsives Verhalten und emotionale Instabilität auf (Khantzian, 1985, S. 1259). Khantzian sieht die Selbstmedikation als wichtigen Grund für den Substanzkonsum, jedoch nicht als den einzigen. Er geht dabei von klinischen Befunden aus, die auf psychoanalytischen Überlegungen basieren. Danach suchen Abhängige weniger Euphorie oder Selbstzerstörung, versuchen sich eher selbst zu medizieren, um mit ihren schmerzlichen emotionalen Zuständen und psychischen Problemen umzugehen. Abhängige lernen kurzfristig mit Hilfe der Substanz mit diesen emotionalen Zuständen umzugehen, da die externe Realität als unveränderlich und überfordernd angesehen wird. Der heuristische Wert der Selbstmedikationshypothese hilft das Problem spezifischer Substanzabhängigkeiten besser zu verstehen und die Behandlung darauf abzustimmen (Khantzian, 1985, S. 1263).

#### *Empirische Prüfung und Weiterentwicklung der Selbstmedikationshypothese*

Die Selbstmedikationshypothese (Khantzian, 1985) fand in der „scientific community“ Beachtung und führte zu empirischen Studien. Diese führten dazu, dass Khantzian diese Hypothese spezifizierte und auf weitere Substanzen anwendete (Khantzian, 1997).

Die Selbstmedikationshypothese stammt v. a. aus klinischen Beobachtungen von substanzabhängigen Patienten. Dabei entdecken diese Personen, dass spezifische Handlungen oder Effekte jeder Substanzklasse verschiedene Affektzustände verändern können. Selbstmedikations-Faktoren erscheinen im Kontext von eingeschränkter Selbstregulation, v. a. bei Schwierigkeiten, Affekte, Selbstwert, Beziehungen und Selbstschutz zu regulieren. Substanzabhängige leiden extrem unter ihren Gefühlen, scheinen von schmerzlichen Affekten überfordert oder scheinen ihre Emotionen nicht wahrzunehmen. Substanzen helfen dann diese schmerzlichen Affekte abzuschwächen oder Kontrolle über die Emotionen zu erfahren, wenn diese nicht vorhanden oder verwirrend sind. Diagnostische Studien zeigen widersprüchliche Ergebnisse zur Selbstmedikationshypothese, ein Teil davon unterstützt sie, ein anderer Teil widerspricht ihr. Mit Blick auf schmerzliche Affekte und subjektive Belastungszustände wird vermutet, dass solche Leidenszustände wichtige psychologische Bestandteile in der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit sind. Subjektive Belastungs- und Leidenszustände, die mit Substanzen selbstmediziert werden, wurden von Khantzian (1997) auf die Bereiche Nikotinabhängigkeit, auf Schizophrenie und auf die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mit einer komorbiden Substanzabhängigkeit angewendet (vgl. Khantzian, 1997, S. 231).

Khantzian (1997) beschreibt dabei folgende spezifische Effekte von Substanzen:

- Opiate: Diese Substanzen wirken beruhigend und normalisierend auf Rachegefühle und Gefühle, die auf Gewalt abzielen. Sie bekämpfen die internal fragmentierten und desorganisierenden Wirkungen der Rache und der external bedrohenden und auseinander reissenden Effekte solcher Affekte auf interpersonelle Beziehungen.
- Alkohol (engl. central nervous system depressants): Sie wirken lösend auf das Über-Ich. Sie kämpfen gegen Isolations- und Einsamkeitsgefühle an und verdecken Ängste der Nähe und Abhängigkeit und bringen einen erleichternden Effekt hervor. Diese Substanzen erleichtern kurzfristig rigide Abwehren und verbessern Zustände der Isolation und der Leere, die zu depressiven Zuständen führen könnten.
- Stimulanzen: Diese Substanzen verstärken die Symptome hypomanischer und bipolarer Individuen. Sie können auch kraftlosen, gelangweilten und depressiven Menschen in ihrer Situation helfen (Nunes & Rosecan, 1987; Akiskal, 1989).

Neuere Anwendungen der Selbstmedikationshypothese beziehen sich auf folgende Substanzen (vgl. Khantzian, 1997, S. 238-240):

- Nikotin: Subjektive Belastungen (distress) (Dysphorie, Dysthymie und depressive Zustände) werden damit gemildert oder behoben.
- Hoher Alkohol-, Stimulanzen- und Konsum anderer Substanzen bei schizophrenen Patienten: Dabei wird vermutet, dass die Negativsymptomatik durch die Wirkung der Substanzen schwächer oder aufgehoben wird.
- Hoher Alkohol- und Konsum anderer Substanzen bei Individuen, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden: Der Grund könnte darin liegen, sich die überwältigenden oder taub machenden Affekte selbst zu medizieren.

Khantzian (1997) geht davon aus, dass Substanzabhängige an Affektdefiziten und unerträglichen Affekten leiden. Unerträglich deshalb, weil die Affekte schmerzlich, aufwühlend oder nicht ausdrückbar sind. Er zieht dabei entwicklungstheoretische Erklärungsmodelle (Krystal & Raskin, 1970) bei. Weiter sieht Khantzian (1997) die Substanzabhängigkeit als eine Störung der Selbstregulation. Er berücksichtigt dabei empirische Resultate von Blatt und Mitarbeitern (1984), Wilson und Mitarbeitern (1989) und Shedler und Block (1990), welche die Hypothese bestätigen, dass die Substanzabhängigkeit als Störung der Selbstregulation (Affekt, Selbstbewusstsein, Beziehungen und Verhalten) angesehen werden kann. Viele Studien scheinen eine starke Verbindung zwischen Substanzabhängigkeit und psychischen Störungen herzustellen. Die Ursache – Konsequenz wird dagegen kontrovers diskutiert (vgl. Khantzian, 1997, S. 235ff).

### *Fazit*

Psychopathologische Zustände (Depression, Angst, Hyperaktivität etc.) können bei der Entwicklung einer Abhängigkeit von einer spezifischen Substanz eine wichtige Rolle spielen. Es muss sich dabei aber jeweils nicht um ein diagnostisch klassifizierbares Störungsbild handeln. Khantzian (1975, 1985) definiert den Beginn einer Abhängigkeit als Störungen im Selbst. Der Charakter dieser Ich- und Selbststörungen ist danach in einem Mangel an Selbstwert und Selbstfürsorge (self care) begründet.

Diese Ergebnisse haben heuristischen Wert und können helfen therapeutische Indikationen festzulegen.

Khantzian (1985, 1997) hat Selbstmedikationsmechanismen als Begründung für Substanzabhängigkeit nicht erfunden – viele u. a. psychoanalytisch und psychodynamisch denkende Theoretiker haben solche Überlegungen vor ihm formuliert. Doch hat er mit der Selbstmedikationshypothese eine Hypothese formuliert, die auch in einem nicht psychoanalytischen Kontext (u. a. Schaub et al., 2009) empirisch geprüft werden kann. Khantzian blieb im Rahmen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit dem ichpsychologischen Modell verhaftet.

### *Zusammenfassung*

Die Selbstmedikationshypothese sagt aus, dass Substanzen von Abhängigen nicht wahllos konsumiert werden, sondern um psychische Störungen gezielt selbst zu behandeln. Opiatabhängige konsumieren Opiate wegen ihrer beruhigenden Wirkung. Kokainisten konsumieren das Kokain, um Belastungen abzubauen. Neuere Anwendungen der Selbstmedikationshypothese beziehen sich auf Nikotin bei subjektiven Belastungen und Substanzkonsum bei schizophrenen oder posttraumatischen Patienten.

### *Fazit des Autors zum ichpsychologischen Suchtmodell*

Die Ichpsychologie gründet auf Freuds Strukturmodell mit Ich, Es und Über-Ich. Ichpsychologische Modelle der Substanzabhängigkeit stellen Selbstheilungsprozesse, d. h. eine Selbstmedikation, in das Zentrum der Substanzabhängigkeit. Der Substanzkonsum dient der Verbesserung gewisser Ich-Funktionen, z. B. Affektintoleranz.

Historisch ist das triebpsychologische Modell nicht etwa einfach durch andere Autoren vom ichpsychologischen Modell abgelöst worden, sondern Autoren wie Radó berücksichtigten in ihren Modellen zur Substanzabhängigkeit ichpsychologische Überlegungen, welche im Substanzkonsum die Verbesserung oder Veränderung von Ichfunktionen sehen.

Krystal und Raskin (1970), die rund 40 Jahre nach Radó ihre Pionierarbeit publizierten, gehen von einer Affektintoleranz aus und beschreiben relativ differenziert die Funktionen von Substanzen in der Substanzabhängigkeit.

Wurmser sah v. a. eine Über-Ich-Pathologie als Basis für Substanzstörungen. Insbesondere beschrieb er Abläufe der Abhängigkeitsentwicklung und des Rückfalls. Kritisch muss beachtet werden, dass Wurmser die „Toxikomanie“ nicht auf gewisse Substanzen spezifiziert hat und deshalb die Frage nach der Generalisierbarkeit des Modells gestellt werden kann.

Wie Hunziker und Boesch (2008) schreiben, lässt sich sein Modell auf die Methadonsubstitution anwenden.

Schliesslich hat Khantzian (1985, 1997) mit der „Selbstmedikationshypothese“, nochmals die ichpsychologischen Überlegungen zusammengefasst und spezifiziert.

Die Selbstmedikationshypothese hat im Gegensatz zu anderen psychoanalytischen Theorien zur Substanzabhängigkeit mehrere Vorteile: Sie ist auch für nicht psychoanalytisch ausgebildete Fachpersonen gut verständlich und lässt sich empirisch prüfen. Kritisch kann eingewendet werden, dass sie für Mehrfachabhängige dann kein wirkliches Modell mehr bildet. So kann eine Mehrfachabhängigkeit durch eine Akkumulierung von Ich-Funktionen von mehreren Substanzen oder Phänomene wie der Heroinkonsum während einer Methadonsubstitution schlecht erklärt werden.

Allgemein können ichpsychologische Modelle besser empirisch geprüft werden als triebpsychologische Modelle. Durch ihren Selbstheilungsaspekt setzen sie auch nicht wirklich ein klares Wissen um die Ätiologie, im Sinne der frühkindlichen Entwicklung, voraus.

### 3.5 Selbstpsychologisches Modell

#### 3.5.1 Einführung

Die Selbstpsychologie ist eine psychoanalytische Strömung, die in den 1960er und 1970er Jahren ihren Höhepunkt hatte und eng mit ihrem Begründer Heinz Kohut verbunden ist. Sie wird eng mit dem Begriff der Narzissmustheorie verknüpft. Kohut sieht Narzissmus in einer spezifisch selbstpsychologischen Bedeutung. Der Begriff ist also nicht mit dem Narzissmus-Begriff bei anderen Autoren gleichzusetzen.

In den folgenden Abschnitten soll der für die Selbstpsychologie zentrale Begriff des Selbstobjekts genauer erläutert werden, der in einem direkten Zusammenhang mit der selbstpsychologischen Auffassung der Substanzabhängigkeit steht. Danach soll die selbstpsychologische Sichtweise der Substanzabhängigkeit beschrieben werden.



### 3.5.2 Selbstobjekt

Zentral bei der Selbstpsychologie ist die Bedeutung der Schicksale des Selbst und der subjektiven, bewussten und unbewussten Kindheitserfahrungen. Die strukturierende Kraft der Psyche verfolgt das Bedürfnis, sich in einer kohäsiven Konfiguration ein Selbst zu organisieren und Beziehungen mit der Umgebung herzustellen. Sie sollen die Kohärenz, Vitalität des Selbst unterstützen und werden als Selbstobjekte konzeptualisiert (Milch & Hartmann, 2002, S. 658). Selbstpsychologen gehen von einem strukturellen Defekt aus. Die Grundlage dafür ist eine narzisstische Störung. Die Psyche bleibt an archaische Selbstobjekte fixiert. Diese werden durch die Substanz ausgefüllt und ersetzt (Subkowski, 2000, S. 256f).

### 3.5.3 Selbstpsychologie und Substanzstörungen

Autoren wie Kohut (1976) gehen bei der Substanzabhängigkeit von einem strukturellen Defekt aus. Grundlage der zur Sucht prädisponierenden Entwicklung sind narzisstische Störungen infolge eines traumatischen Verlustes der idealisierten Eltern. Eine traumatische Enttäuschung verhindert eine Verinnerlichung dieses Selbstobjekts (Vorstellung der Eltern). Die Psyche bleibt an das archaische Selbstobjekt fixiert und die Persönlichkeit bleibt von Objekten abhängig. Die Substanz füllt dann das fehlende Selbstobjekt (struktureller Defekt) aus und erhöht das Selbstwertgefühl. Die Drogenerfahrung ist also ein aktiver Versuch das Selbstobjekt, die psychische Struktur, zu ersetzen.

Kohut (1977) beschreibt, dass die Selbstpsychologie die psychischen Störungen der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, der Perversionen, der Delinquenzen und der Abhängigkeiten zu erklären vermag, da die Individuen bei allen diesen Störungen an einer Schwäche in ihrer Persönlichkeit leiden, einem Defekt in ihrem Selbst. Narzisstisch gestörte Individuen streben nach Lob durch eine unterstützende Umwelt, da sie sich ihre Stärken nicht durch ihre eigenen inneren Ressourcen beweisen können. Perverse sind getrieben durch sexuelle Inszenierungen mit Figuren oder Symbolen, die ihnen das Gefühl geben, gewollt zu sein. Delinquente wiederholen Handlungen, um sich zu beweisen. Der Süchtige nimmt die Substanz, weil diese den zentralen Defekt im Selbst zu heilen scheint. Sie wird für ihn zum Ersatz eines Selbstobjekts, das ihm traumatisch in einer Zeit nicht zur Verfügung stand, in welcher er das Gefühl hätte haben müssen, omnipotent die Bedürfnisse kontrollieren zu können, als wären sie ein Teil seiner selbst. Mit der Einnahme der Substanz symbolisiert er das gespiegelte Selbstobjekt, ihn zu beruhigen und zu akzeptieren. Oder das idealisierte Selbstobjekt fügt sich in eine magische Kraft. Die Substanz gibt ihm das Selbstbewusstsein, das er nicht besitzt. Die Droge gibt ihm

Stärke und Selbstwert. Dies gibt ihm das Gefühl zu leben und die Sicherheit, in der Welt zu existieren.

Doch diese Selbstheilung kann nicht gelingen. Die Wirkung der Substanz ist nicht lange andauernd. Die Einnahme wird rationalisiert oder mythologisiert mit der Unterstützung von anderen. Es bildet sich eine psychische Struktur, der Defekt im Selbst bleibt. Das selbstpsychologische Modell gründet auf dem familiären Hintergrund der Situation in der Kindheit der zukünftigen Abhängigen. Psychosoziale Faktoren der Eltern helfen dem Kind ein kohärentes Selbst zu entwickeln. Tiefenpsychologisch betrachtet ist ein empathisches Umfeld und die Adäquatheit der Eltern als Selbstobjekte des Kindes wichtig. Sie helfen dem Kind, seinen Selbstwert zu regulieren, indem die Eltern mit Unterstützung das Kind reflektieren können, ihm wohlwollend antworten und es beruhigen können. Wenn dies nicht gelingt, bleibt das Kind depriviert und kann ein Selbstwertgefühl nicht vollständig entwickeln und kann Beziehungen nicht als Ideale internalisieren (Kohut, 1977).

Autoren wie vom Scheidt (1976) betonen die innere Leere und Depression der Abhängigen, die diese in der Verschmelzung mit dem Selbstobjekt Droge als Ersatz für die fehlenden Selbstobjekte der frühen Kindheit bekämpfen und regulieren. Im Rausch werde ein narzisstisches Grössenselbst als Prothese in das fragile Ich des Abhängigen eingesetzt. Die Substanz wird für den Abhängigen zum Ersatz für ein Selbstobjekt. Damit stellt die Abhängigkeit ein missglückter Selbstheilungsversuch dar.

Die Substanzeinnahme ist nicht nur eine zum Scheitern verurteilte Selbstbehandlung, sondern Folge einer traumatischen Störung in der frühen Mutter-Kind-Interaktion. Das Ergebnis ist eine Fragmentierung des Selbst, die zu einer schweren Identitätsstörung führt. Die Einnahme von Substanzen verdeckt Differenz und Spaltung und schafft für einen Moment Grandiosität. Der Entzug bewirkt dagegen den Zusammenbruch des Selbst. Es folgt eine Wiederkehr des Traumas. Die Traumatisierungen können nur mit der „süchtigen Phantasie“ abgewehrt werden, das heisst in der Verschmelzung mit dem mütterlichen Objekt (der Substanz). Dies ist aber mit intensiver Angst-Lust verbunden (Burian, 2008, S. 143).

Rost (1992) bezeichnet die Selbstpsychologie (Narzissmustheorie) als Unterkapitel der Ichpsychologie. Dabei stellt das Selbst den konstituierenden Teil der Persönlichkeit dar. Im Zusammenhang mit der Sucht werden Grandiositätsphantasien und der Selbstheilungscharakter der Substanz hervorgehoben. Aufgrund der Entwicklung bleibt die Persönlichkeit von den Objekten abhängig, die als Ersatz für fehlende Segmente der psychischen Struktur gesucht werden. Substanzen werden gebraucht, um fehlende Funktionen des psychischen Apparates zu ersetzen (Kohut, 1976, S. 65f). Grandiositätsvorstellungen sind dabei v. a. darin begründet,

dass der Abhängige das Selbstobjekt wiederzuerlangen versucht, das ihn so früh und traumatisch verliess. Das selbstpsychologische Modell zur Sucht ist auch mit Morgenthals Plombentheorie (1974) vereinbar, wonach ein Symptom wie Perversion oder die Sucht eine (vorläufige) Plombe für eine in einer fehlgeschlagenen narzisstischen Entwicklung entstandene Lücke im Selbst als Prothese schliesst.

Wie oben beschrieben, unterscheidet sich das selbstpsychologische Modell nicht grundsätzlich vom ichpsychologischen Modell. Es betont dagegen mehr entwicklungspsychologische Perspektiven, die wiederum eine Verbindung zum objektpsychologischen Modell darstellen können.

#### 3.5.4 Zusammenfassung

Selbstpsychologen gehen bei der Erklärung der Substanzabhängigkeit von einem strukturellen Defekt aus. Die Grundlage dafür ist eine narzisstische Störung. Die Psyche bleibt an archaische Selbstobjekte fixiert und fehlende Selbstobjekte werden durch die Substanz ausgefüllt und ersetzt.

#### *Fazit des Autors*

Die Selbstpsychologie ist eine psychoanalytische Schulrichtung, die in den 1960er und 70er Jahren v. a. durch Heinz Kohut geprägt wurde. Sie scheint in den letzten Jahren weniger präsent geworden zu sein. Es gibt aber weiterhin Psychoanalytiker wie Hagman (1995), die sich als Selbstpsychologen bezeichnen. Bei der Substanzabhängigkeit geht es um einen Defekt im Selbst.

Rost (1992) schreibt, dass die Selbstpsychologie als Spezialform der Ichpsychologie aufgefasst werden kann. Dies stimmt in Bezug auf die strukturellen Voraussetzungen der Persönlichkeit. Doch die Erklärungsmodelle und das Vokabular des selbstpsychologischen Modells der Substanzabhängigkeit unterscheiden sich von der Ichpsychologie. So wird ein Selbstobjekt in der ichpsychologischen Begrifflichkeit nicht verwendet. Auch scheint die Selbstpsychologie mehr an frühen Beziehungserfahrungen orientiert, was die Ichpsychologie weniger vorgibt. Sie scheint also eine eigenständige Theorie darzustellen.

## 3.6 Objektpsychologie

### 3.6.1 Einführung

Bevor das objektpsychologische Modell auf die Substanzabhängigkeit angewendet wird, werden noch zwei objektpsychologische Begriffe vorgestellt, die für das objektpsychologische Verständnis der Substanzabhängigkeit sehr wichtig sind. Es sind dies Winnicotts Begriff des Übergangsobjekts, welcher eine spezifische und zentrale Bedeutung für die Substanzabhängigkeit hat, und Kleins (1935, 1946) paranoid-schizoide und depressive Position, die zentrale Begriffe des objektpsychologischen Modells beinhalten.

### 3.6.2 Übergangsobjekt, Übergangsraum

Diese Begriffe wurden auch auf die Sucht angewendet. Sie stellen den Kern der Arbeiten von Winnicott (1953b/1979, S. 21f) dar: Der intermediäre Bereich wird dem Kind zwischen primärer Kreativität und auf Selbstprüfung ausgerichteter objektiver Wahrnehmung zugestanden. Die Übergangsphänomene repräsentieren dabei die frühen Stadien des Gebrauchs der Illusion, ohne die niemand einen Sinn in einem Objekt finden kann. Das von anderen als Objekt empfunden wird, steht ausserhalb des Kindes. Diese Übergangsräume und Übergangsobjekte garantieren die Entwicklung des Selbst. In der frühen Kindheit ist dieser intermediäre Bereich für das Schaffen einer Beziehung zwischen Kind und Welt wichtig. Möglich wird er durch eine gute mütterliche Beziehung in einer frühen Phase (Winnicott, 1953b/1979). Winnicott begreift die kindliche Entwicklung als einen Prozess mit verschiedenen dynamischen Schwerpunkten, der durch aufeinanderfolgende Entwicklungsphasen bestimmt ist; der absoluten Abhängigkeit, der relativen Abhängigkeit und der Entwicklung in Richtung auf Unabhängigkeit, die aber nie ganz erreicht werden kann (Tenbrink, 2002, S. 750).

Zuerst geht es beim Säugling darum, das Selbst und das Objekt (Nicht-Selbst) zu unterscheiden. Dies geschieht, indem die primäre Bezugsperson sich solange maximal auf die Bedürfnisse des Säuglings einstimmt, wie sich der Säugling im Zustand der absoluten Abhängigkeit befindet (Winnicott, 1962). Unter den Voraussetzungen eines gesunden Ordnungsgefühls kann der Säugling den nächsten Entwicklungsschritt in die relative Abhängigkeit wagen. Dieser besteht in der Erfahrung einer Differenzierung zwischen Selbst und Objekt zuzulassen (Tenbrink, 2002, S. 750f).

Dabei sorgen die Bezugspersonen dafür, dass der Säugling Erfahrungen in einem Übergangsraum machen kann, der zwischen der äusseren Realität (Nicht-Ich) und dem Seinszustand des Säuglings vermittelt und die Entwicklung fördert. Diese Funktion der Bezugsperson wird

durch die Erfahrungen mit Übergangsobjekten, d. h. bestimmten Personen, Gegenständen oder anderen Phänomenen, unterstützt. Den Übergangsobjekten kommt also im Zwischenbereich von Erfahrungen mit subjektiven Objekten (Winnicott, 1962) und Erfahrungen mit objektiv wahrnehmbaren Objekten, als Repräsentanten der äusseren Realität, eine Brückenfunktion zu. Das Übergangsobjekt erlaubt es dem Säugling in kleinen Schritten, indem es einen Übergangsraum bereitstellt, sich vorübergehend von der primären Bezugsperson, wie einem Elternteil, getrennt zu erleben. Dabei macht es mit diesen Schritten der Annäherung an die äussere Realität nicht die Erfahrung des Verlustes der Bezugsperson, d. h. des weitgehend subjektiven Objekts. Es bietet also Schutz vor dem Ausbruch überwältigender Trennungs- und Vernichtungsängste (Tenbrink, 2002, S. 751).

### 3.6.3 Paranoid-schizoide Position, depressive Position

Um das später beschriebene objektpsychologische Modell besser verstehen zu können, müssen die Psychologie Melanie Kleins und zentrale Begriffe vorgestellt werden. Mit der paranoid-schizoiden Position und der depressiven Position bezeichnet sie zwei grundlegende Positionen, zu denen Objektbeziehungen, Triebe, Ängste und Abwehrformationen beitragen. Die paranoid-schizoide Position (Klein, 1946) ist von Spaltung, die depressive Position (Klein, 1935) von Integration geprägt. Klein geht zwar von psychopathologischen Phänomenen, der Paranoia und der schweren Melancholie, aus, versucht ihren Ursprung aber in der normalen Entwicklung des Kleinkindes zu begründen.

In der paranoid-schizoiden Position in den ersten drei bis vier Lebensmonaten fürchtet das Ich, von seinem Objekt, der mütterlichen Brust, zerstört zu werden. Als Abwehr gegen diese drohende Zerstörung, spaltet das Subjekt dieses Objekt in ein gutes und ein böses auf, um die liebevolle Beziehung zur guten Brust, dem guten Teilobjekt, bewahren zu können. Wenn später beide Objekte durch die Erfahrung mit der realen Mutter als eines gesehen werden können, ändert sich die Angstsituation. Das Ich befürchtet nun, mit seinem Hass das gute Objekt beschädigt zu haben und es reagiert mit einem schmerzhaften Gefühl, der depressiven Position. Bei den beiden Positionen handelt es sich um zwei Haltungen des Ichs, bei denen nach Klein ein Wechsel stattfinden könne. Als Anlage bleiben sie immer erhalten (Raguse, 2002, S. 536). Klein (1935) postuliert in einer frühen Phase einen extrem oralen Sadismus des Kindes, der den Körper der Mutter auszusaugen sucht. Dadurch setzt der psychische Prozess der *Introjektion* ein während das Kind auch seinen Hass in die Mutter projiziert und ihr den gefährlichen, verfolgenden Charakter gibt. Den Hass nimmt Klein als konstitutionell, in Anlehnung an

Freuds Todestrieb an. Die Integration der Teilobjekte, der verfolgenden und der guten Mutter, nennt Raguse (2002, S. 536) depressive Position.

Bei der paranoid-schizoiden Position sind Projektion und Integration die beiden grundlegenden Prozesse, mit denen sich das Ich gegen seine Angst wehrt und durch die es sich entwickelt. In der Projektion werden schlechte innere Teile ausgestossen und in ein geeignetes Objekt verlagert, was dem psychoanalytischen Begriff der „projektiven Identifizierung“ gleichkommt. Doch das Ich entledigt sich neben schlechter auch guter Selbstanteile, projiziert es in gute Objekte. Die wichtigste Introjektion ist die der guten Brust, aber auch die böse Brust wird introjiziert. Sie entstehen aus dem Kampf gegen die Vernichtung. Es kommt zur Spaltung der guten und der bösen Brust, wobei die böse Brust in ihre Teilobjekte zerfällt und die gute eine Einheit bildet. Schliesslich werden beide wieder introjiziert, wobei nun die böse Brust das Ich mit Zerfall bedroht. Die gute Brust bildet den Kern der Einheit des Ichs (Raguse, 2002, S. 537f).

Eine empirische Prüfung der Existenz und der Entwicklung der beiden Positionen ist schwierig. Die Theorie wurde auf mehrere Bereiche wie Religion angewendet (Raguse, 2002, S. 541f) und fand auch in einem objektpsychologischen Zugang der Substanzabhängigkeit ihre Anwendung (s. u.).

Kleins Theorien und ihre Konzepte der paranoid-schizoiden und der depressiven Position erscheinen schwer vollständig verständlich, obwohl sie von psychoanalytischen Kreisen häufig verwendet werden. Die Klein'sche Schule verwendet auch andere Begriffe, z. B. Phantasien anstatt Triebe (Raguse, 2002, S. 538f).

### 3.7 Objektpsychologisches Modell: Frühe Suchtmodelle

#### 3.7.1 Einführung

Ist beim ichpsychologischen Modell noch ein mehr oder weniger funktionsfähiges Ich und Urvertrauen vorhanden, eine Uridentifikation geglückt, so ist dies beim objektpsychologischen Modell nicht mehr der Fall. Mit der Substanz sollen im Inneren der Patienten Repräsentanzen vernichtet werden (Moment des Sadismus – Glover, 1933, S. 170–197). Die Mutter wurde vom Abhängigen bereits früh unbewusst als böse und vergiftende Brust erlebt, die kannibalistisch angegriffen und introjiziert wurde. Die sich so bildenden bösen Introjekte überwiegen die guten Introjekte vollständig und sind deshalb nicht integrierbar. Die Entwicklungsaufgabe ihrer Integration (Kernberg, 1978) kann nicht erfüllt werden, da dabei die wenigen guten Objekte überschwemmt und vernichtet werden. Diese bösen Introjekte werden un-

bewusst auf die Substanz projiziert. Sie wird bewusstseinsnäher mit anscheinend guten mütterlichen Eigenschaften ausgestattet. Die Substanz wird immer wieder erneut introjiziert und entwickelt im Inneren kurzfristig eine entspannende Wirkung, wandelt sich dann dort in ein zerstörerisches Introjekt. Eine ausgeprägte Spaltung im Inneren wie im Äusseren in gute und böse Teilobjekte und Teilintrojekte, wie bei der Borderline-Persönlichkeit, kann der Süchtige nach Rost (1992) nicht entwickeln. Er spaltet statt diesen, wenn auch nicht vollständig, in ein gutes, idealisiertes Mutterobjekt und böse Introjekte. Die Mutter wird in der Realität idealisiert, da der Abhängige (Alkoholiker) sie sonst zerstören und als einzig wichtiges Objekt verlieren könnte. In der Substanz wird die ganze Ambivalenz von Gut und Böse deutlich. Letztlich zerstört die Substanz dem Abhängigen damit unbewusst intendiert auch die attackierte böse innere Brust. Bei dieser Form der schweren Abhängigkeit dreht sich alles Denken und Fühlen um die Substanz, die vom Abhängigen libidinös überbesetzt wird. Es geht dann um existentielle Fragen des Seins oder Nichtseins. Diese massive Pathologie basiert auf einer frühen Entwicklungsstörung (Subkowski, 2000, S. 259f).

In der Objektbeziehungstheorie geht es um die Entwicklung von der Ein- zur Zwei-Personen-Welt Mutter – Kind, von der primären Symbiose (Mutter – Kind) zur Individuation. Bei Störungen in dieser frühen Entwicklungsphase können später daraus Psychosen, Borderline-Störungen, psychosomatische Erkrankungen und Substanzabhängigkeiten resultieren.

### 3.7.3 Glovers Schlüsse zur Substanzabhängigkeit

Glover (1933, S. 170–197; Subkowski, 2000, S. 259f) sieht in destruktivem Hass und Sadismus die eigentlichen Triebkräfte der Sucht. Er entfernt sich dabei von der Vorstellung eines oralen Lustgewinns und von den Selbstheilungskonzepten (vgl. Abraham, 1908; Radó, 1926). Wichtig für die spezifische Wahl des Suchtmittels ist für Glover das Moment des Sadismus, der eine Mischung von aggressiven und libidinösen Komponenten darstellt. Beim Süchtigen stellen eigene Hassregungen sowie die Identifizierung mit den ambivalent geliebten Objekten einen psychischen Gefahrenzustand dar. Dies wird als verinnerlichter Fremdkörper erlebt. Die Substanz ist das Mittel, das durch Zerstörung heilt. Suchtmittel nehmen einen Partialobjektcharakter an der Grenze von Innen (Psychischem) und Aussen an. Dieser ist v. a. negativ besetzt und muss immer wieder zur Bekämpfung des bösen inneren Objekts eingesetzt werden (Selbstzerstörung).

Genauer zieht Glover in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen folgende Schlüsse (Glover, 1933, S. 186):

1. Er setzt eine Fixierung voraus, worauf Symptome folgen: Bei der Abhängigkeit besteht eine Fixierung an eine Ödipussituation, die den Übergang darstellt zwischen der primitiven, die paranoiden (melancholischen) Ängste bedingenden Ödipussituation und der späteren, die die zwangsneurotischen Reaktionen verursacht.
2. Ihre Abwehrfunktion liegt in der Beherrschung von sadistischen Regungen, die zwar nicht so intensiv sind wie in der Paranoia. Sie ist aber stärker als diejenigen, die bei den zwangsneurotischen Bildungen angetroffen werden. In der Abhängigkeit sind also die libidinösen Komponenten stärker entwickelt und mehr genitale Elemente enthalten als in den Psychosen. Sie sind aber schwächer als die libidinösen Regungen in der Zwangsneurose.
3. Die Abhängigkeit bildet einen Schutz gegen die Regression zu psychotischen Ängsten.
4. Unbewusste homosexuelle Phantasien bilden keinen direkten ätiologischen Faktor, sondern stellen eine Schutzmassnahme dar. Die Homosexualität bietet wegen ihrer stärkeren libidinösen (narzisstischen und genitalen) Besetzung einen Schutz gegen die für die Abhängigkeit charakteristischen Ängste. Die homosexuellen Regungen sind deshalb eng mit der Abhängigkeit (Sucht) verknüpft, weil sie entweder die Fortdauer oder die Ruinen eines Abwehrsystems darstellen.

Glover (1933, S. 190) nimmt an:

- a) dass unter geeigneten psychischen Bedingungen jede Substanz die Funktion eines Suchtmittels annehmen kann,
- b) dass „psychische Substanzen“ einen Ersatz für die Vorstellung von konkreten Substanzen bilden können,
- c) dass diese beiden Arten von Substanzen sich in gute und böse, unschuldige und schuldbeladene, einteilen lassen.

Verdrängte regressive und sadistische Triebregungen werden deshalb repräsentiert. Die Sucht stellt dann die Reaktion auf den Sadismus dar. Das Suchtmittel stellt dann also eine Substanz (Partialobjekt) mit sadistischen Eigenschaften dar, das in der Aussenwelt, wie auch im eigenen Körper existieren kann. Es entfaltet seine sadistischen Eigenschaften aber nur im Körperinnern. Dieser Zustand stellt dann einen Übergang zwischen dem bedrohlichen, nach aussen verlegten Sadismus eines paranoiden Systems und dem verinnerlichten Sadismus eines melancholischen Systems dar. Die Sucht stellt dann eine bestimmte Mischung einer psychischen Gefahrsituation und deren Beruhigung dar. Substanzen stellen also einen Schutz gegen Ängste dar.



Indem der Körper (Sinneswahrnehmung) abgetötet wird, scheint das Suchtmittel die Triebspannung oder Entbehrung beseitigt zu haben. Durch das Abgeschnittensein von der Aussenwelt, können nicht nur aus der Aussenwelt stammende Reize beseitigt werden, sondern auch in die Innenwelt projizierte innere Triebreize. Teilweise als Schutz können gefährlich empfundene Objekte ferngehalten werden. Diese „doppelte Wirkung“ erklärt den intensiven Zwang, der die Sucht begleitet (Glover, 1933, S. 197).

Simmel (1948) beschreibt den autodestruktiven Charakter der Sucht und die Hassliebe zum Suchtobjekt. Wenn es zu einer Regression bis in pränatale Entwicklungsstadien kommt, wird aus dem Trinker ein Süchtiger. Er spricht von der Regression auf die gastrointestinale Stufe, in welcher der Mund zum einzigen Vermittler zwischen den Instinkten des Säuglings und der Welt der Objekte wird. Simmel sieht die Sucht als Ausleben infantiler Masturbationsphantasien. Durch das Trinken (Substanzeinnahme) kann das infantile Befriedigungsgefühl zurückgeholt werden. Es führt aber zum narzisstischen Rückzug von den Objekten und zur pränatalen Regression (vgl. psychosexuelle Entwicklungstheorie).

Lürßen (1976) beschreibt die pathologischen Objekt- und Selbstrepräsentanzen des Abhängigen mit den daraus entstehenden Folgen für das Ich und das Über-Ich. Beim Abhängigen bleibt eine archaische Objektabhängigkeit bestehen. Der Loslösungsprozess von den Eltern, der u. a. mit intrapsychischer Trauerarbeit verbunden gewesen wäre, ist nicht geglückt. Die Patienten stehen dabei in einem Dilemma, dem Trennungswunsch einerseits und Trennungsangst und Verschmelzungswunsch andererseits. Das gewählte Suchtmittel hat symbolische Bedeutung und ist gleichzeitig Übertragungsobjekt. Es wird wie die Eltern gleichzeitig geliebt und gehasst. Der Abhängige ist auf diese äusseren Objekte angewiesen, da sonst der Verlust des Objekts seine absolute Vernichtung und den panischen Uraffekt hervorriefe. Bei diesen Patienten kann nicht mehr von einem funktionierenden Ich und Urvertrauen ausgegangen werden, es sind im engeren Sinne Abhängige. Hier hat eine vollständige Triebentmischung und psychische Entdifferenzierung stattgefunden. Es herrschen psychosomatische Prozesse, Autodestruktion und primitive Abwehrmechanismen vor. Es handelt sich dabei um eine frühe Entwicklungsstörung.

#### 3.7.4 Zusammenfassung

Die zentrale Aussage dieses Modells ist, dass die Selbstheilungshypothese der Ich-Psychologie der Selbstzerstörungstheorie der Objektpsychologie gegenübergestellt wird. Das Ausmass an Selbstzerstörung findet sich längst nicht bei allen Abhängigen, doch weisen viele solche Aspekte auf. Der Sucht liegt dabei aggressive, destruktive Dynamik zugrunde. Ferner

hebt die Objektpsychologie auch den Konflikt des Süchtigen hervor, als einen sehr aggressiven, in sadistischer Weise ausgetragenen Triebkonflikt. Das objektpsychologische Modell kann die am schwersten gestörten Abhängigen beschreiben (Rost, 1992).

Die Objektpsychologie wurde v. a. durch Melanie Klein und die Englische Schule geprägt. Bezogen auf Modelle zur Substanzabhängigkeit war Glover (1933) ein wichtiger Vertreter.

Objektpsychologische Modelle der Substanzabhängigkeit versuchen v. a. in frühesten Beziehungserfahrungen einen Grund für Substanzabhängigkeiten zu sehen. Der Substanzabhängigkeit liege eine destruktive, sadistische Dynamik zugrunde. Danach tragen Abhängige Triebkonflikte mit sich in sadistischer Weise aus.

*Fazit:* Das Modell scheint v. a. schwer gestörte Abhängige gut beschreiben zu können.

### 3.8 Neuere integrative Theorien der Substanzabhängigkeit

In den folgenden Abschnitten sollen zwei aktuelle Theorien beschrieben werden, die Ideen psychoanalytischer Suchtmodelle aufnehmen und diese integrieren. Sie setzen die drei Suchtmodelle in einen Zusammenhang.

#### 3.8.1 Unterschiede in der Ich-Regression

Rost (1992, S. 124–139) entwirft ein „integriertes psychoanalytisches Modell der Sucht“. Auch er geht nicht von einer Suchtpersönlichkeit aus. Er konzipiert sein Modell primär für die Alkoholabhängigkeit. Im Zentrum seines Modells stehen Fixierungsstellen. Rost (1992, S. 125f) zieht dabei das Bild eines Hauses heran, wobei sich die Objektpsychologie mit dem Fundament und dem Keller beschäftigt, die Ich- und Selbstpsychologie mit dem Rohbau darüber und die Triebpsychologie mit der Fertigstellung und Ausgestaltung des Hauses. Er sieht diese psychoanalytischen Modelle also vereinfacht auf einer entwicklungspsychologischen Zeitachse der Persönlichkeit. Neben den beschriebenen psychoanalytischen Modellen ergänzt Rost (1992, S. 126f) als letztes Modell noch ein soziologisches, in welchem z. B. soziale und kulturelle Aspekte des Trinkens zum Tragen kommen. Obwohl die Modelle auf einer Zeitachse dargestellt werden können, sind sie überlappend. Das objektpsychologische Modell geht also von frühen Entwicklungsstörungen aus, in welchem das Kind versucht mit der Welt in Beziehung zu treten. Es sind früheste postnatale Zustände. Das ich- und das selbstpsychologische Modell gehen von der Phase aus, in der eine eigenständige kindliche Persönlichkeit vorhanden ist, der Aufbau von Ichfunktionen und Ichstrukturen im Vordergrund stehen. Im triebpsychologischen Modell konnte die kindliche phasenweise Entwicklung durchlaufen werden, so dass eine reife Form der Beziehungsaufnahme möglich ist (Rost, 1992, S. 124f).

### 3.8.2 Entwicklungsstadien der Substanzabhängigkeit

Voigtel (1996) geht davon aus, dass den meisten psychoanalytischen Suchtmodellen folgende Struktur gemein ist:

- Ausgangspunkt ist eine basale Verstimmung (Uraffekt).
- Unterschiedliche Faktoren (z. B. Hyposymbolisation sensu Wurmser) können zu einer psychischen Suchtstruktur führen.
- Schlechtes Selbstbild, Mangel an genügend guten Introjekten für die Selbstwert- und Affektregulation.
- Mangel an Empathie und narzisstischer Selbstbezogenheit der frühen Primärobjecte (Eltern).
- Die Funktion der Substanz richtet sich gegen die Urverstimmung und das negative Selbstbild.

### 3.8.3 Zusammenfassung

Neuere Publikationen gehen nicht mehr von einer Trennung der verschiedenen Modelle aus. Es wurde bereits angedeutet, dass sich das ichpsychologische und das selbstpsychologische Modell nur konzeptuell und von ihren Foki der Erklärung unterscheiden, sich aber nicht widersprechen (vgl. Khantzian, 1977; Rost, 1992). Neuere Theorien (Subkowski, 2000, 2008) sind eher integrativ zu sehen. Sie versuchen die verschiedenen Modelle miteinander zu verbinden.

#### *Fazit des Autors*

Die beiden beschriebenen Modelle von Rost (1992) und Voigtel (1996) sollen exemplarisch für integrative Theorien der Substanzabhängigkeit diskutiert werden.

Voigtel (1996) beschreibt ein Entwicklungsmodell, das von einer basalen Urverstimmung ausgeht. Er bezieht dabei trieb-, ich-, selbst- und objektpsychologische Überlegungen in sein Modell ein. Er unterscheidet sich in seinem Entwicklungsmodell der Substanzabhängigkeit nicht generell von anderen Autoren wie Wurmser (2000a). Doch die Inhalte der Stadien lassen sich nicht mehr nur einem, sondern mehreren psychoanalytischen Schulen zuordnen.

Rost (1992) versucht die verschiedenen Modelle zur Substanzabhängigkeit in einem Ausmass der Ich-Regression, respektive auf einer Zeitachse zu verstehen. Danach befasste sich das objektpsychologische Modell mit der fundamentalen Beziehungsaufnahme des Kindes und diesbezüglich aufgetretenen Störungen. Das ich- und das selbstpsychologische Modell befasst sich mit späteren Beziehungserfahrungen und Störungen von Ichfunktionen. Beim triebpsy-

chologischen Modell schliesslich geht er von einer durchlaufenen Entwicklung aus, in welcher Substanzen v. a. zum Lustgewinn und zur Konfliktlösung eingenommen werden. Dieses Verständnis der unterschiedlichen Modelle der Substanzabhängigkeit kann nach Ansichten des Autors aber auch irreführend verstanden werden, dass die Modelle unterschiedliche Gruppen von Abhängigen charakterisieren (vgl. das triebpsychologische Modell die am wenigsten gestörten und das objektpsychologische Modell die gestörtesten Patienten). Es scheint deshalb irreführend zu sein, weil folglich auch angenommen werden muss, dass frühe Suchtmodelle wie das triebpsychologische Modell, sich mit wenig gestörten Abhängigen befassten und die Patienten im Laufe der Modellentwicklung immer „gestörter“ wurden. Dies entsprach nicht der Realität. Ebenso haben frühere Modelle zur Substanzabhängigkeit, wie das triebpsychologische, auch nicht postuliert, dass dieses Modell keine Abhängigen mit strukturellen Störungen vorsah. Worin Rost (1992) nach Ansicht des Autors Recht hatte, ist, dass die einzelnen Modelle die unterschiedlichen Patientengruppen, vgl. Patienten mit frühen Störungen, unterschiedlich gut beschreiben können.

Die Modelle schliessen sich gegenseitig nicht aus, sie setzen aber unterschiedliche Akzente und setzen teilweise unterschiedliche Voraussetzungen.

### 3.9 Zusammenfassung – Vergleich der Modelle

Das triebpsychologische Modell sieht im Substanzkonsum den Versuch einen Triebkonflikt zu lösen. Das ich- und das selbstpsychologische Modell betonen mehr die defizitäre Ich-Struktur des Abhängigen, respektive das schwache Selbst – das Suchtmittel stellt ein Heilungsversuch dar, einem unterentwickelt gebliebenen schwachen Ich respektive dem schwachen Selbst zu helfen. Als relativ aktuelle Suchttheorie ist die Selbstmedikationshypothese in der Tradition des ichpsychologischen Modells zu sehen. Schliesslich dient im objektpsychologischen Modell das Suchtmittel einem selbstdestruktiven Prozess bzw. einer Wiederholung einer frühkindlichen Beziehung.

Wie Rost (1992) betont, schliessen sich diese einzelnen psychoanalytischen Modelle der Substanzabhängigkeit keineswegs gegenseitig aus.

### 3.10 Psychoanalytische Theorien der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution

Generell sind bisher psychoanalytische Theorien zur Substanzabhängigkeit relativ unspezifisch. Abgesehen von den Ansätzen, welche in der Substanz die Funktion einer Selbstheilung (u. a. Khantzians Selbstmedikationshypothese 1985, 1997) sehen und spezifische Funktionen

von bestimmten Substanzen in Beziehung zur Psychopathologie (z. B. Ich-Pathologie) setzen (s. o.). Es gibt also nicht die Theorie oder das Modell des Heroinkonsums oder der Methadonsubstitution, sondern es gibt verschiedene Beiträge zu diesen Themen. Weiter gilt die von Hunziker und Boesch (2008, s. o.) geäußerte Kritik häufig, dass die Funktion für einzelne Substanzklassen nicht spezifiziert wird. Die Beiträge gestalten sich oft so, dass von einem oder mehreren Suchtkonzepten ausgegangen wird und dies häufig erst gegen Ende eines Beitrags auf eine bestimmte Abhängigkeit wie Heroinabhängigkeit oder Methadonsubstitution angewendet und ausgearbeitet wird.

Fallberichte sind in psychoanalytischen Publikationen, auch in Theorien zur Substanzabhängigkeit, häufig. Damit werden die Theorien illustriert.

Die folgenden theoretischen Überlegungen zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution werden in der Diskussion aufgenommen und detailliert beschrieben. Die nachfolgend beschriebenen Theorien geben einen Überblick über psychoanalytische Theorien der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution, verfolgen teilweise auch einen anderen Fokus als die in der Diskussion rezipierten Publikationen.

Nachfolgend werden Überlegungen zur Heroinabhängigkeit dargestellt.

### 3.10.1 Psychoanalytische Theorien zur Heroinabhängigkeit

Khantzian (1977) wendet Probleme der Affekt- und Triebabwehr auf die Opiatabhängigkeit an. Dabei berücksichtigt er auch Probleme der Selbstversorgung (self care) und der Selbstregulation. Zudem sind narzisstische Prozesse bedeutsam, die für eine Kompensation einer Entwicklungsstörung stehen. Weiter geht er davon aus, dass diese Abhängigen Schwierigkeiten mit der Internalisierung und Defekte in der Affektabwehr aufweisen.

Fallberichte zur Heroinabhängigkeit wurden u. a. von Khantzian (1977), Kaplan (1977) und Miller (2002) dargestellt.

Miller (2002, S. 302) sieht in der Heroinabhängigkeit nach dem objektpsychologischen Modell die Spritze als Übergangsobjekt. Es hilft Personen, die in früher Kindheit traumatische Deprivation und Trennung erlebt haben. Nach diesem Modell macht die Leere eines „good enough“-Objekts unmöglich, für das mütterliche Bild intrapsychisch erhältlich zu werden. A. Freud (1967) klassifizierte narzisstische Objektwahlen und anaklitische Objektwahlen. Die zweitgenannten sind bei der Heroinabhängigkeit von wichtiger Bedeutung. Eine solche Wahl ist abhängig, passiv und repräsentiert kindliche Bedürfnisse nach dem „primären mütterlichen Objekt“, das nie existierte. Im Gegensatz zur gesunden Person wählt die abhängige Person nur das am meisten selbstzerstörende, die Spritze, als Übergangsobjekt. Damit verbindet sie ge-

spaltene Teile, die sich in ihrer Unvollständigkeit nur Chaos und Unvollständigkeit überlassen. In diesem Artikel wird der intravenöse Heroinkonsum hervorgehoben.

Die Autorin beschreibt dies in einer Fallgeschichte (Jennifer), einer 40-jährigen Frau mit einer zehnjährigen Heroinabhängigkeit. Sie wurde als Kind einer jungen, alleinstehenden Mutter geboren und hatte eine schwierige und traumatisierende Entwicklungsgeschichte (Miller, 2002).

### 3.10.2 Psychoanalytische Theorien zur Methadonsubstitution

Wie andere Psychopharmaka (siehe Potik et al., 2007, S. 314) kann Methadon als Übergangsobjekt fungieren – es ist gut erhältlich, reduziert Angst, gibt Ruhe, hilft einzuschlafen etc. Methadon kann zum Übergangsobjekt werden, da es Schmerzen lindert und Rückfälle verhindern hilft. Als Opioid-Agonist, der mit denselben Rezeptoren wie Heroin interagiert, wirkt es mit einer Halbwertszeit von meist ungefähr 36 Stunden (Kaplan & Sadock, 1998), vgl. slow und fast metabolizer (Gedanken des Autors). Methadon kann als Übertragungsobjekt dienen: Auf einem physischen Level werden Rückfälle und Agitiertheit gesenkt. Auf einem mentalen Level verschwinden mehrere Ängste, die während der Abhängigkeit bestehen, u. a. finanzielle Schwierigkeiten, die zu kriminellen Handlungen führen können. Übergangsphänomene können im Methadonprogramm auftreten, da das Objekt konstant ist für Patienten mit einem chaotischen Lebensstil. Ärzte testen dabei Blut auf verschiedene Krankheiten, die Methadondosis etc. Das Methadonprogramm wird so als ein spezieller Platz wahrgenommen. Diese Abläufe erinnern an die Interaktionen des Kindes mit dem Übergangsobjekt, v. a. bei Angst oder Depression (Winnicott, 1971).

Das Craving nach einem Übergangsobjekt intensiviert sich, wenn negative Gefühle bewältigt werden müssen. Im Gegensatz zu Menschen sind dann Substanzen immer vorhanden (Potik et al., 2007).

Hagman (1995, S. 167) erklärt, dass Methadon die Funktion eines Selbstobjekts übernimmt, indem es Selbstdefizite spezifisch im Bereich der Affektregulation repariert. Die Dynamik der Selbstheilung wird auf den „context of care“ der Methadonbehandlung ausgeweitet.

Khantzian (1974, S. 67) beschreibt die Rolle der Methadonbehandlung wie folgt: Die Methadonsubstitution kontrolliert die Abhängigkeit, weil es bei oraler Einnahme langsam metabolisiert wird. Wegen seiner längeren Wirkung, löst es nicht nur emotionalen Schmerz und Belastung, sondern beugt Stress und Frustration häufiger Rückfälle vor und reduziert die Häufigkeit regressiver Reaktionen. Wie andere Opiate hat das Methadon die psychotrope Wirkung, Wut und Aggression zu beruhigen, die Wirkung solcher Affekte auf die Ichfunktionen zu

ordnen. Methadon schützt auch vor körperlichem Leiden und der daraus resultierenden Erfahrung der Selbstdisregulation (Hagman, 1995, S. 170).

Die Methadon-Substitutionsbehandlung gibt eine klar definierte und zähe Programmstruktur (klinisch und administrativ). Sie gibt dem Patienten einen Anker, bei dem er empathische Erwartung, Sicherheit und eine Atmosphäre der Heilung erfahren kann (Hagman, 1995, S. 173). Hagman (1995) versucht in seinen Ausführungen ein psychoanalytisches Modell der Methadon-Substitutionsbehandlung zu entwerfen, das die Funktion der Selbstregulation des Methadons und die Bedeutung des Methadons und des Substitutionsprozesses wie dessen Beendigung erklärt. Zudem ist dieses Modell mit dem biochemischen Defizitmodell von Dole und Nyswander (vgl. Dole, 1988) vereinbar.

Dabei agiert das narkotische Rezeptorsystem als Modulator, der die Intensität des Leidens und der darauf reagierenden Hormone anpasst. Wiederholter Substanzkonsum mit Narkotika führt zu einer Unterregulierung endogener Liganden. Dies führt zu einer Toleranz gegenüber dem Narkotikum, eine Abhängigkeit begünstigt und progressiv die analgetische Wirkung der Narkotika verkleinert (Dole, 1988, S. 3027). Im psychopathologischen Bereich zeigt sich also, dass Affektintoleranz zu verschiedenen Ich- oder Selbstpathologien führen kann, indem diesbezügliche Fähigkeiten verloren gehen können (Krystal & Raskin, 1970).

In einer Fallgeschichte beschreibt Hagman (1995, S. 170) eine Patientin („Gale“), die neu in einem Methadonprogramm ist, und ihre Erfahrungen der ersten Wochen der Behandlung beschreibt. Zuerst sei sie verängstigt gewesen, da ihr Andere Geschichten über das Methadon erzählt hätten, wie es z. B. die Knochen auffresse. Da habe sie sich schlecht gefühlt. Zu Beginn hätte sie neben der Substitutionsbehandlung weiter Heroin konsumiert. Nach einer Woche habe sie damit aufgehört und sich besser gefühlt. Sie habe besser schlafen und mit ihren Kindern sein können.

Scherbaum und Heigl-Evers (1996, S. 47–51) beschreiben in einem relativ therapiebezogenen Beitrag psychodynamische Aspekte der Methadonbehandlung. Sie betonen, dass bei Opiatabhängigen eine relativ hohe psychische Komorbidität festgestellt wird. Durch die psychoanalytische Strukturdiagnose wird die Bedeutung der psychischen Struktur für die Substitutionsbehandlung deutlich (Verhalten bei der Methadonvergabe, Compliance etc.). Opiatabhängige beginnen die Methadonbehandlung mit der Erwartung, durch die Substitution von den Risiken und Belastungen des Lebens in der Drogenszene befreit zu werden. Die Kontakte mit den Patienten, z. B. bei den täglichen, wöchentlichen Methadonabgaben, den regelmässigen Gesprächen mit dem behandelnden Therapeuten zur aktuellen Lebenssituation, sind durch die psychische Struktur des Patienten geprägt.

In einer relativ aktuellen Arbeit (Valentine & Fraser, 2008, S. 410–416) werden triebpsychologische Aspekte des Substanzkonsums beleuchtet. Währenddessen das Vergnügen (pleasure) des Substanzkonsums teilweise anerkannt wird, wird dies auf Konsumenten begrenzt, die sozial privilegiert sind. Der Substanzkonsum marginalisierter Personen wird dagegen mit Kriminalität, sozialer Misere und Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Die Autorinnen haben dabei 85 qualitative Interviews untersucht, die mit Konsumenten und Therapeuten in Methadon-Substitutionsprogrammen geführt wurden. Sie fanden, dass vergnüglicher und problematischer Substanzkonsum oft als wechselseitig exklusiv betrachtet wird, Vergnügen wird von den Effekten der Substanzen (Heroin, Methadon) wie auch von der sozialen Umwelt der Methadon-Substitutionsbehandlung berichtet. Problematischer Substanzkonsum sehen sie als eine Antwort auf Trauma, Missbrauch, soziale Schwierigkeiten und psychische Belastungen und Vergnügen müssen zum Verständnis einbezogen werden.

Weiter wird in diesem Artikel betont, dass Patienten und Fachleute Heroin und Methadon als ähnlich ansehen, dass aber Heroin gefährlicher sei. Methadon wird generell als Ersatz für die Wirkung von Heroin angesehen. Es wird wegen der Voraussagekraft und den Kosten vorgezogen, hat aber nicht die euphorische Wirkung des Heroins (Valentine & Fraser, 2008, S. 414).

Dieser Artikel weist auch auf, dass sich heute eine klinische Studie inhaltlich grösstenteils nicht nur an ein Suchtmodell anlehnt, sondern aufgrund von Aussagen psychoanalytische und psychosoziale Aspekte herbeizieht. Sie weisen aber einen Bezug zu einzelnen Inhalten in Suchtmodellen auf.

### 3.10.3 Gemeinsamkeiten psychoanalytischer Theorien zur Substanzabhängigkeit – empirische Kritik

Letztlich ist es das Ziel psychoanalytischer Suchttheorien, diese als „harm reduction“ zu verstehen, im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte der Betroffenen (Matusow & Rosenblum, 2013, S. 242).

Psychoanalytische Theorien konnten im Bereich der Substanzabhängigkeit dem Kriterium der Falsifizierbarkeit nicht standhalten (Matusow & Rosenblum, 2013, S. 239). Psychoanalytische Theorien haben sich nicht unbedingt mit operationalen Definitionen und Grenzen befasst, auch nicht mit der Messung einer Likert Skala eines identifizierbaren Symptoms. Dagegen liegt die Stärke psychoanalytischer Ansätze darin, viele Assoziationen zu Begriffen wie „craving“ oder „desire“ herzustellen. Um dies im psychoanalytischen Kontext zu operationalisieren, heisst sich zu begrenzen. Diesem Umstand fehlt es dann aber an methodologischer



Schärfe. Es lässt sich dieselbe Kritik wie an frühen psychoanalytischen Theorien anbringen. Sie mangeln an der Falsifizierbarkeit ihrer Konstrukte. Sie sind nicht vereinbar mit den Prinzipien, die in den meisten Verhaltenswissenschaften verwendet werden, der Reliabilität und der Validität (Matusow & Rosenblum, 2013, S. 242). Bei dieser Kritik setzte der empirische Teil dieser Arbeit an.

Psychoanalytische Theorien generell und speziell psychoanalytische Theorien zur Substanzabhängigkeit sind durch Freud und andere Autoren weiterentwickelt worden. Sie haben ihr Vokabular im Laufe der Zeit verändert. Was ihre empirische Überprüfbarkeit ihrer Begriffe betrifft, haben sie letztlich aber auch etwas gemeinsam: sie können nicht operationalisiert werden. Ihre Begriffe, z. B. Konflikt oder Struktur, wurden nie operationalisiert. Das heißt, dass davon ausgegangen werden kann, dass die einzelnen Autoren diese Begriffe unterschiedlich verstehen. Die Modelle sind weder quantifiziert worden noch wurde empirisch mit ihnen gearbeitet. Es sind Modelle, die vor allem heuristisch zu verstehen sind und für die Psychotherapie hilfreich sein können.

Anschliessend wird das Verfahren der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) vorgestellt, das die oben beschriebenen wissenschaftlichen Schwierigkeiten zu beheben versucht.

## 4. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

### 4.1 Theorie

#### *Ziel einer Operationalisierten Diagnostik*

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD, 2006) verfolgt das Ziel, Personen mit psychodynamischen Konzepten zu diagnostizieren, um diese empirisch überprüfbar zu machen. Die OPD versucht dabei nicht eine spezifische psychoanalytische Theorie darzustellen oder eine solche zu prüfen, sondern dient zur psychodynamischen Diagnostik. Die in der OPD zu untersuchenden Konstrukte werden in Achsen (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und psychische und psychosomatische Störungen) dargestellt. Diese sind operationalisiert und ermöglichen ein empirisches Arbeiten, das heutigen wissenschaftlichen Standards genügt.

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik wurde v. a. von psychodynamisch denkenden Praktikern entwickelt, welche die herkömmliche psychiatrische Diagnostik der ICD-10 und DSM-IV nicht ausreichend fanden, um Patienten zu beschreiben und zu behandeln (u. a. Arbeitskreis OPD, 2006; Schneider et al., 1996).

Der Arbeitskreis OPD (2006, S. 33f) hatte sich ursprünglich verständigt, dass

- die Arbeit am ICD-10-Modell orientiert sein müsse, da dieses traditionell von den psychotherapeutischen Einrichtungen verwendet wird,
- ergänzend zur ICD-10-Klassifikation psychodynamisch relevante diagnostische Achsen entwickelt und evaluiert werden sollen.

Eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik soll dabei folgende Ziele verfolgen:

1. Sie gibt klinisch-diagnostische Leitlinien, die aufgrund relativ offener Formulierungen dem Benutzer Spielraum für seine Beurteilungen lassen.
2. Sie kann für die Ausbildung in psychodynamischer Psychotherapie von Nutzen sein, weil sie das Einüben von psychodynamischer und phänomenologischer Klassifikation ermöglicht.
3. Sie kann bei einer Verbesserung der Kommunikation innerhalb der „scientific community“ über die Konstrukte der psychodynamischen Theorie helfen.
4. Es ist möglich, sie als Forschungsinstrument in wissenschaftlichen Untersuchungen einzusetzen, um z. B. über striktere diagnostische Kriterien zu einer stärkeren Stichprobenhomogenisierung beitragen zu können. Beispiele hierfür sind die Bestimmung individu-

eller Muster in verschiedenen Lebensbereichen, Untersuchung von Therapieeffizienz und/oder Therapieeffektivität.

5. Durch die Bestimmung von psychodynamisch relevanten Foki (Beziehungs-, Konflikt-, Struktur-) kann die OPD zur Therapieplanung verwendet werden.

Die OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2006) unterscheidet sich zur OPD-1 (Arbeitskreis OPD, 1996) in folgenden Bereichen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 28):

- Die OPD-2 ist nicht mehr v. a. ein Instrument zur Erhebung von Querschnittsdiagnosen, sondern stärker auf therapeutische Prozesse ausgerichtet.
- Die OPD-2 versucht zudem Ressourcen von Patienten zu erfassen.
- Die OPD-2 konzeptualisiert stärker auf Schnittstellen zwischen ihren Achsen.
- Die OPD-2 ermöglicht eine Therapieplanung durch die Bestimmung von Therapie-schwerpunkten.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit, die sich nur peripher mit Psychotherapie befasst, sind die relevanten Unterschiede der beiden Versionen eher gering.

Anschliessend werden die Konflikt- und Strukturbegriffe (s. u.) der OPD beschrieben.

## 4.2 Konflikt und Struktur

### 4.2.1 Konflikt

#### *Operationalisierung des psychoanalytischen Konfliktbegriffs durch die OPD*

Die Konfliktdefinition der OPD bezieht sich nicht auf traditionelle psychoanalytische entwicklungspsychologische Annahmen. Dafür folgt sie basalen Motivationssystemen. Es besteht kein Bezug zum Drei-Instanzenmodell (Es, Ich und Über-Ich). Das vertretene Konfliktmodell benutzt als Grundeinheit die konflikthafte Interaktionserfahrung eines Menschen, die von der Phänomenologie (Oberfläche) erschlossen und hin bis zu ihrer unbewussten Bedeutung abgeleitet werden. Diese zeitlich überdauernden Konflikte werden von einschneidenden Lebensveränderungen und Belastungen (Aktualkonflikten) unterschieden. Es werden folgende Konflikte unterschieden (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 111f):

1. Individuation versus Abhängigkeit
2. Unterwerfung versus Kontrolle
3. Versorgung versus Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)

Beim Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt steht die existentielle Bedeutung von Selbstständigkeit im Zentrum. Er beschreibt die bipolare Spannung zwischen der Suche nach enger Beziehung und intensiver Nähe. Beim Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt ist das zentrale Motiv, den anderen zu dominieren oder sich dem anderen unterzuordnen. Beim Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt besteht grundsätzliche Beziehungsfähigkeit. Diese wird von Wünschen nach Versorgung und deren Abwehr geprägt. Ein Selbstwertkonflikt ist vorhanden, wenn die Anstrengungen zur Anerkennung des Selbstwertes sehr stark und erfolglos sind oder scheiterten. Die Beteiligung des narzisstischen Motivationssystems per se ist dabei nicht gemeint. Beim Schuldkonflikt (Selbst- vs. Fremdbeschuldigung) geht es darum, die Schuld respektive die Verantwortung übermäßig sich selbst oder den anderen aufzubürden. Die Fähigkeit Schuld zu empfinden muss gegeben sein. Beim ödipalen Konflikt geht es darum, sich dem anderen besonders attraktiv und begehrenswert zu zeigen, den Kontakt erotisch-zärtlich zu gestalten. Der Identitätskonflikt hat wie alle Konflikte den aktiven und passiven Modus, wobei der Umgang mit einem Identitätsmangel eine zentrale Rolle spielt (Arbeitskreis OPD, 2006).

Neben den Dimensionen werden der Haupt- und der Sekundärkonflikt (prinzipiell alle Konflikte) nach dem Modus aktiv oder passiv eingeschätzt. Zudem besteht die Möglichkeit anzugeben, ob es sich bei Mischformen eher um den aktiven oder um den passiven Modus handelt (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006).

In dieser Arbeit wurde nur der Modus des Hauptkonflikts geratet.

#### 4.2.2 Struktur

Operationalisierung des psychoanalytischen Strukturbegriffs durch die OPD

Auch beim Strukturbegriff versucht die OPD auf tradierte psychoanalytische Begriffe zu verzichten. Stattdessen versucht sie das Verhalten und Erleben von Patienten möglichst beobachtungsnah zu erfassen. Struktur kann somit nach der OPD auf den folgenden vier Dimensionen beschrieben werden, welche jeweils den Bezug zum Selbst und zu den Objekten unterscheiden (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 117f):

- Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung: Fähigkeit, sich selbstreflexiv wahrzunehmen und Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen,
- Steuerung des Selbst und der Beziehungen: Fähigkeit, eigene Impulse, Affekte und den Selbstwert zu regulieren und Fähigkeit, den Bezug zum anderen regulieren zu können,

- Emotionale Kommunikation nach innen und nach aussen: Fähigkeit zur inneren Kommunikation mittels Affekten und Phantasien und Fähigkeit, zur Kommunikation mit anderen,
- Innere Bindung und äussere Beziehung: Fähigkeit, gute innere Objekte zur Selbstregulierung zu nutzen und Fähigkeit, sich zu binden und sich zu lösen.

#### 4.3 Das Verhältnis zwischen Konflikt und Struktur

Konflikt und Struktur sind aufeinander bezogen: Das Vorhandensein innerer, unbewusster, zeitüberdauernder Konflikte ist an bestimmte Ich-strukturelle Voraussetzungen geknüpft, ohne die ein solcher Konflikt- und Verarbeitungsmodus verunmöglicht ist. Bei deutlichen Ich-strukturellen Störungen kommt es nicht zur Ausprägung klassischer neurotischer Konflikte in Schwellensituationen oder durch innere oder äussere Auslöser. Es reichen dann bereits objektiv geringer gradige konflikthafte Belastungen, um zu Störungsbildern zu führen. Konflikt und Struktur bedingen sich also gegenseitig. Man spricht dann von Konfliktschemata. Neurotische dysfunktionale Konflikte setzen folgende Konstellationen voraus (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 99):

- Vorherrschen verinnerlichter, unbewusster Konflikte, die zu dysfunktionalem Verhalten und Erleben bis hin zu Symptomen führen,
- die Fähigkeit zur basalen Affektregulation und
- Fähigkeit zur basalen Selbstregulation (Fonagy, 2005).

Konflikt und Struktur verhalten sich wie Figur und Hintergrund oder wie ein auf der Bühne (Struktur) aufgeführtes Theaterstück (Konflikt), wobei die Bühne die Voraussetzung für die Aufführung ist.

Beim neurotischen Konflikt haben sich biographisch ungeeignete oder einseitige „Entweder-oder-Lösungen“ entwickelt, z. B. aktive, übermässige Kompensation, aktiver Modus der Konfliktverarbeitung. In Situationen, in denen dieser Selbstwertbereich angesprochen wird, führt dies wiederholend immer wieder zu ähnlichen Bewältigungsmustern mit den dazugehörigen Affekten, z. B. narzisstischer Wut (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006).

Bei gering integrierter Struktur besteht kein stabiles Selbstsystem, das Konfliktschema Selbst- und Objektwert wechselt, z. B. zum Teil abrupt zwischen Grandiosität und Abwertung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006).

(Neurotische) Konfliktmuster und Konfliktschemata sind sowohl interpersonelle Ereignisse, z. B. Kränkung durch andere, als auch innerpsychische Ereignisse, wie Vorstellungen, Phantasien, Gefühle. Die repetitiven Konfliktmuster des Erlebens und Verhaltens führen in auslö-

senden Situationen zu Symptomen oder gestalten bei starker Ausprägung eine konflikthafte Persönlichkeit bis hin zur Persönlichkeitsstörung, z. B. abhängige Persönlichkeitsstörung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 99–102).

## 4.4 Methode

### *Beschreibung der Methode*

Die OPD-2 besteht aus den vier psychodynamischen Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur und der deskriptiven Achse psychische und psychosomatische Störungen, die sich an der ICD-10 orientiert. Die ersten vier Achsen stammen aus einem von der Psychoanalyse abgeleiteten, psychodynamischen Verständnis. Der Arbeitskreis OPD (2006) geht davon aus, dass die wesentlichen Festlegungen in den vier Achsen mit psychoanalytischen Teilkonzepten (Persönlichkeitsstruktur, intrapsychischer Konflikt, Übertragung) übereinstimmen. Die Konzepte sind operationalisiert und lassen deshalb nur teilweise Rückschlüsse auf unbewusste Prozesse zu (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 35). In einigen Bereichen gibt es bei den Achsen inhaltliche Überschneidungen, respektive sind sie teilweise in enger Interaktion miteinander zu sehen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 36).

Dieses multiaxiale Vorgehen bietet die Möglichkeit, das komplexe Bedingungsgefüge einer Mehrzahl psychischer Phänomene und psychischer Störungen genauer abzubilden (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 36).

*Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte:* Operationalisierungsversuche wurden innerhalb der Psychoanalyse, die eine komplexe Persönlichkeits- und Entwicklungspsychologie, sowie auch Krankheits- und Behandlungstheorie hat, insgesamt eher mit Skepsis betrachtet. Bei der Beurteilung bisheriger Bemühungen zur Operationalisierung psychoanalytischer Konstrukte ist es deshalb wichtig, inwieweit diese Untersuchungen und Befunde wissenschaftliche Aussagekraft haben (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 38–41).

*Bisherige Ansätze der Operationalisierung psychodynamischer Konstrukte:* Die Vieldeutigkeit und Unschärfe psychoanalytischer Begriffe wurden bereits lange von Wissenschaftlern beklagt. Die Psychoanalyse war seit Freuds Zeiten erfolgreicher in der Generierung neuer Hypothesen als in der Validierung der bereits vorliegenden. Unter anderem wurden deshalb seit den 1960er Jahren psychodynamisch orientierte Untersuchungsmethoden entwickelt (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006, S. 42–45). Vertretend für andere soll hier das Karolinska Psychodynamic Profile – KAPP (Weinryb & Rössel, 1991) genannt werden. Dabei werden in einem klinischen Interview in 18 Unterskalen u. a. die Qualität interpersoneller Beziehungen, das

psychodynamische Funktionsniveau, die Affektdifferenzierung und die Persönlichkeitsorganisation erhoben.

Die OPD-Diagnostik setzt den Akzent auf Muster des Beziehungsverhaltens, sowie der konfliktbedingten und strukturell begründeten Verhaltens- und Erlebensweisen. Dies kann zu einer Klarheit über die psychische Situation des Patienten in seiner aktuellen Lebenssituation führen. Dagegen wird auf Aspekte verzichtet, die in der psychoanalytischen Diskussion normalerweise als wesentlich angesehen wurden. Aspekte der interpersonellen Begegnung und der intuitiven Wahrnehmung des Anderen sind in der OPD eher weniger wichtig. Weiter hat die OPD wie jede Diagnostik Grenzen, denn der erhobene psychodynamische Befund (z. B. die Einschätzung der Bedeutsamkeit bestimmter Konflikte oder struktureller Fähigkeiten) ist letztlich eine Hypothese auf der Grundlage der hier und heute in der interpersonellen Situation des therapeutischen Gesprächs gemachten Erfahrungen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 45f). Im Einzelnen sehen die Achsen folgendermassen aus (Arbeitskreis OPD, S. 35f):

*Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen:* Diese Achse besteht teilweise aus der kognitiven Psychologie entlehnten Kategorien – es werden Beschwerdesymptomatik und Therapieerwartung erhoben. Der Akzent liegt dabei auf den Erlebenselementen, Motivationen und vorhandenen Ressourcen.

*Achse II: Beziehung:* Diese Achse stammt teilweise aus der psychoanalytischen Diagnostik, die zu jedem Zeitpunkt auch Beziehungsdagnostik ist. Dabei berücksichtigt sie v. a. Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung. Sie gibt, im Gegensatz zu den Achsen III und IV, keine idealtypischen Konstellationen oder Muster vor, sondern stellt ein Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit dar.

*Achse III: Konflikt (s. o.):* Diese Achse setzt ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik um, die zentrale Rolle innerer Konflikte voraus. Es können lebensbestimmende, verinnerlichte Konflikte den eher aktuellen, äusserlich determinierten Situationen entgegengestellt werden.

*Achse IV: Struktur (s. o.):* Diese Achse bildet Qualitäten respektive Einschränkungen psychischer Strukturen ab, z. B. die Möglichkeit oder Unmöglichkeit zur inneren und äusseren Abgrenzung, die Fähigkeit oder Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle.

*Achse V: Psychische und psychosomatische Störungen:* Diese Achse nimmt die etablierte deskriptiv-phänomenologische Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) in die OPD hinein. Dabei werden psychopathologische Phänomene genau erfasst. Ausserdem werden darin einige Ergänzungen der ICD im Bereich der Psychosomatik (F54) vorgeschlagen.

### *Wichtige Grundsätze der OPD in Bezug auf diese Arbeit*

In Bezug auf die Reliabilität schreiben Cierpka und Mitarbeiter (2001, S. 123):

„Die klassische Testtheorie (Lienert, 1969) geht davon aus, dass höhere Reliabilitäten auch höhere Validität bedeuten. Wenn bei den OPD-Beurteilern zwischen dem Rating eines Falls eine hohe Übereinstimmung zustande kommt, spricht dies für gut operationalisierte Kategorien und eine gute inhaltliche Validität. Für die psychodynamische Diagnostik ist diese Prämisse jedoch problematisch. Beobachtungsnah operationalisierte Kategorien, die z. B. v. a. am Verhalten orientiert sind, führen zu einer grösseren Wahrscheinlichkeit von Übereinstimmungen zwischen den Ratern, also zu einer höheren Reliabilität, die für Psychoanalytiker jedoch mit einer inhaltlichen Validität einhergehen. Bei der Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik wurde daher das Ziel einer guten Reliabilität des Instruments nicht absolut gesetzt, sondern mit dem anderen Ziel inhaltlicher Validität kompromisshaft verbunden.“

Diese Leitlinien, auch wenn sie für die OPD-1 stehen, scheinen dem Autor zentral. Die OPD-2 soll mehr beobachtungsnah sein als die OPD-1. So ist z. B. auf der Strukturachse das Item „Abwehr“ nicht mehr enthalten. Doch scheint dieser Grundsatz auch beim Rating der OPD-2 noch gültig zu sein. Es ist möglich, dass bei geringen Reliabilitätsmassen, Patienten klinisch psychodynamisch gut beschrieben werden können. Es scheint deshalb auch erklärbar, dass bei den Strukturitems, die mehr beobachtungsnah sind, eine höhere Interrater-Reliabilität erzielt wird als bei den Konfliktitems, bei denen die inhaltliche Validität wohl noch mehr von Bedeutung ist.

## 4.5 OPD: Ablauf

Im OPD-Interview kommen folgende Aspekte der klinisch-psychodynamischen Diagnostik zur Anwendung (Arbeitskreis OPD, 2006):

- die offene Gesprächsführung nach dem psychoanalytischen Erstinterview (Argelander, 1970),
- die mehr strukturierende und fragende Untersuchungstechnik der tiefenpsychologisch-biographischen Anamnese (Dührssen, 1981),
- die Vorgehensweise der psychiatrischen Exploration zur Ermittlung der syndromalen ICD-Diagnose.

Das OPD-2-Interview ist in fünf Phasen aufgeteilt, wobei jede Phase durch eine strukturierende Frage oder Intervention eingeleitet wird. Die Strukturierung ist bei der Eröffnung am geringsten und kann im Verlauf des Interviews zunehmen. Innerhalb jeder Phase sind strukturierende Fragen möglich.



1. Eröffnungsphase: In dieser 1. Phase werden das Gesprächsziel und der Zeitrahmen formuliert. Der Patient beginnt mit der Schilderung seiner Beschwerden. Dabei werden die Kernsymptome nach der ICD-10 herausgearbeitet. Die aktuelle Lebenssituation und die psychosoziale Situation (Partnerbeziehung, Arbeitsfähigkeit etc.) werden erhoben. Es wird versucht das Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung aufzunehmen. Diese Phase ist von der freien und offenen Selbstschilderung des Patienten geprägt.
2. Ermittlung von Beziehungsepisoden: Dabei wird versucht, Beziehungsepisoden und -erfahrungen herauszuarbeiten. Dabei kommt eine Analyse des aktuellen Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens zum Einsatz. Weiter werden die aktuellen oder biographischen Beziehungserfahrungen analysiert und dysfunktionale, lebensgeschichtlich ableitbare Beziehungsmuster erhoben. Beispielsweise wird der Patient nach der Reaktion der anderen auf seine Erkrankung gefragt, falls der Patient nicht darüber berichtet. Dies wird an singulären Interaktionen zu verdeutlichen versucht (einzelfall- und beispielorientiert). In dieser Phase werden Erwartungen, Wünsche, Befürchtungen, sichtbare Verhaltensreaktionen, emotionale und kognitive Reaktionen auf das Beziehungsgeschehen herausgearbeitet.
3. Selbsterleben und erlebte wie faktische Lebensbereiche: Dabei steht das Selbsterleben des Patienten im Vordergrund, mit Einbezug der faktischen Lebensbereiche wie Herkunftsfamilie, eigene Familie, Arbeits- und Berufsfeld. Die in verschiedenen Lebensbereichen lebensbestimmenden Konflikte sollen dargestellt werden. In dieser Phase wird eine differenzierte Selbstschilderung angestrebt.
4. Objekterleben und erlebte wie faktische Lebensgestaltung: In dieser Phase soll der Patient sein Selbsterleben in Bezug auf die Objekte schildern. Dabei soll herausgearbeitet werden, wie der Patient die anderen im „Hier und Jetzt“ und „Dort und Damals“ sieht. Es sollen die verschiedenen Lebensdimensionen und Bereiche erfasst werden.
5. Psychotherapie-Motivation, Behandlungsvoraussetzung, Einsichtsfähigkeit: In der Abschluss-Sequenz soll aufgrund des bisherigen Materials eine Intervention oder evtl. eine erste Deutung formuliert werden. Nach dem Ende dieser Phase sollen die Struktur, Konflikte, Beziehung, Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen eingeschätzt werden.

## 4.6 OPD: Empirische Befunde bisher

Die OPD ist in verschiedenen Bereichen eingesetzt worden, v. a. in der Psychotherapieforschung (z. B. Schneider & Freyberger, 2000; Schneider et al., 2000; Heuft et al., 2005; Müller et al., 2006; Sammet et al., 2012). Sie wurde im Zusammenhang mit anderen Bereichen wie soziodemographischen, klinischen, psychopathologischen Merkmalen und kategorialen Diagnosen (Spitzer et. al., 2002) eingesetzt, um Übereinstimmungen mit der Strukturachse der OPD zu finden. Ausführlich wird unten auf Studien eingegangen, die im Zusammenhang mit Substanzstörungen stehen.

*Gütekriterien der OPD-1:* Im Anschluss an die Veröffentlichung des OPD-Manuals (Arbeitskreis OPD, 1996) setzte eine Phase intensiver Forschungsarbeiten ein. Die ersten befriedigenden Reliabilitätsstudien waren in die erste Manualfassung der OPD eingegangen (Freyberger et al., 1996). Danach wurden für die Achsen II bis IV Interrater-Reliabilitäten auf der Basis von videodokumentierten klinischen Erstinterviews aus dem stationären Bereich erhoben (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 48).

Für die Erfahrungen aus der Lehre und der Anwendung des Systems ist für die Güte der Beurteilungen neben der Schulung die Qualität des Untersuchungsmaterials und die klinische Ausbildung und Berufserfahrung der Rater bedeutsam (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 48).

Insgesamt werden die Reliabilitäten für die Achsen II „Beziehung“ und III „Konflikt“ zufriedenstellend und für die Achse IV „Struktur“ gut beurteilt, wenn das Interview mit dem Zweck der OPD geführt wurde. Bei diesen Forschungsbedingungen auf der Grundlage von Videoaufzeichnungen muss beachtet werden, dass auch andere Diagnostik-Instrumente, so das ICD-10, im klinischen Alltag ebenfalls nur mässig anwendbar werden.

Im Folgenden wird auf Studien zur Validität der Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ eingegangen, da diese für diese Arbeit erhoben werden sollen (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 50–59):

*Studien zur Validität:* Die wissenschaftlichen Schwierigkeiten in der Überprüfung der Validität von Konflikten sind gross, da für jeden Konflikt nur einzelne Kriterien vorliegen bzw. entsprechende umfassende Testverfahren zur Erfassung unbewusster Konflikte nicht vorhanden sind. Einzelne bisher untersuchte Konflikte zeigen aber eine gute Übereinstimmung und Differenzierbarkeit mit verwandten Testverfahren. Eine hinreichende Verbindung zwischen den definierten operationalisierten Konflikten und dem Konstrukt „dynamischer Konflikt“ kann deshalb angenommen werden.

Stellvertretend für andere Studien soll hier eine Studie zur Validität der Konfliktachse der OPD-1 erwähnt werden (Schneider et al., 2008): Die Autoren versuchten eine kriterienbezogene Validierung der Konfliktachse der OPD-1 durch die Überprüfung vorher formulierter Zusammenhangshypothesen des Hauptkonflikts/Modus zu ausgewählten psychometrischen Instrumenten herzustellen. In der ersten Woche nach Aufnahme wurden mit den Selbstauskunftsskalen IIP (Horowitz et al., 1988, 1994), Selbstwertgefühl-Skala (Rosenberg, 1965; Bandura et al., 1987) Toronto Alexithymia Scale TAS (Taylor et al., 1992; Ritz, 1994), den Frankfurter Selbstkonzept-Skalen FSKN (Deusinger, 1986) und der auf Video aufgezeichneten OPD-Interviews Daten erhoben. Die Auswertung geschah nach einem Konsensrating durch zertifizierte Rater. Die vorformulierten Hypothesen bestanden aus den ausgewählten psychometrischen Instrumenten bei Vorliegen bestimmter Hauptkonflikte und Modi. Dabei wurden jeweils die beiden Modi des Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikts, des Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikts, des Versorgungs- vs. Autarkiekonflikts und des Konflikts Selbstwert vs. Objektwert mit Unterskalen (v. a. IIP und FSKN) verglichen. Zudem wurde die eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung mit dem TAS und allen anderen Skalen vorgenommen. Aufgrund der unterschiedlichen Häufigkeiten des Hauptkonflikts und der unterschiedlichen Modi konnten vier der sieben Konflikte ausgewertet werden. Die prozentualen Übereinstimmungen beim Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt waren mit 62.2 % am höchsten (one way analysis, Scheffé Test). Die Hypothesen liessen sich für den Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt (FSKN:  $F=1.42$ ;  $p < 0.04$ ), Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt (IIP zu selbstunsicher-unterwürfig  $F=6.0$ ,  $p < 0.004$ ; FSKN zu Standfestigkeit gg. Gruppen und wichtigen anderen  $F=4.3$ ,  $p < 0.016$ ) verifizieren. Weitere Ergebnisse zum Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt, zum Konflikt Selbstwert vs. Objektwert und zur eingeschränkten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung sind bei Schneider und Mitarbeiter (2008, S. 55f) zu finden.

Die hypothesenkonformen Zusammenhänge geben Hinweise für die Validität der Konfliktachse der OPD-1. Das Ziel der Studie war eine kriterienbezogene Validierung der Konfliktachse mittels Zusammenhangsprüfung der einzelnen Konflikte/Modi zu ausgewählten Selbstauskünften. Das grösste methodische Problem liegt im Vergleich von bewusstseinsfernen Konstrukten, die in Experten-Ratings diagnostiziert werden, mit (bewussten) Selbstauskünften. Im Hauptkonflikt wurde eine mit anderen OPD-Studien vergleichbare Interrater-Reliabilität erreicht. Wegen der unterschiedlichen Häufigkeiten der Hauptkonflikte und Modi waren v. a. die Konflikte 1–4 vorhanden. Deshalb konnten nur die Hypothesen dieser vier Konflikte und der eingeschränkten Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ausgewertet werden. Ausreichend grosse Zellenbesetzungen für valide Aussagen fanden sich beim aktiven Modus des

Versorgungs- vs. Autarkiekonflikts (n=26) und für den passiven Modus des Selbstwert vs. Objektwert (n=22). Die übrigen Ergebnisse sind bloss als Hinweise zu interpretieren. Zudem wurden Veränderungen von der OPD-1 zur OPD-2 vorgestellt. Die Autoren finden, dass die Ergebnisse zur kriteriumsbezogenen Validität der Konfliktachse der OPD-1 auf die OPD-2 übertragbar seien (Schneider et al., 2008).

In ihrer Übersichtsarbeit heben Cierpka und Mitarbeiter (2007) die Vorzüge der OPD hervor als klinische Guidelines relativ offen formulierter diagnostischer Kriterien. Ihr Einsatz bei Trainings zur psychodynamischen Psychotherapie und als Forschungsinstrument führe zu einer besseren Kommunikation in der scientific community. Die Achsen sind für mehrere klinische Behandlungsbereiche praktikabel und reliabel. Stasch und Mitarbeiter (2002) fanden für die Beziehungsachse Reliabilitäten von .62 bis .56 in zwei Kliniken. Die neun Konflikte wurden in einer Klinik mit der Reliabilität .48 bis .71 (M=.61) erzielt. Die Strukturachse wurde in zwei Kliniken eingeschätzt, wobei die Reliabilitätsmasse zwischen .62 bis .78 (M=.71) und zwischen .62 bis .78 (M=.70) waren.

Nach Fleiss (1981) und Cicchetti (1994) können Kappawerte zwischen .40 und .59 als „mässig“ und Werte zwischen .60 und .74 als „gut“ bezeichnet werden. Höhere Werte werden als „exzellent“ bezeichnet, Landis und Koch (1977) geben diese Bezeichnung ab dem Wert von .80.

Zusammenfassend kann die Reliabilität der Achsen II und III als „mässig“ und der Achse IV als „gut“ bezeichnet werden, wenn die Interviews unter Forschungsbedingungen geführt wurden (Cierpka et al., 2007, S. 214).

Die Erfahrungen mit der OPD-1 zeigen, dass die konstruierten Achsen für den klinischen Gebrauch praktikabel sind und reliabel eingeschätzt werden können (Cierpka et al., 2007).

Pieh und Mitarbeiter (2009) untersuchten die Validität der Konfliktachse der OPD mit psychometrischen Testungen und prüften von ihnen formulierten Hypothesen. Dabei untersuchten sie stationäre Patienten einer psychosomatischen Klinik. Sie gingen dabei ähnlich wie Schneider und Mitarbeiter (2008) vor. Sie wählten als vergleichende psychometrische Tests den IIP und den Giessen-Test mit ihren Unterskalen. Die Ergebnisse zeigten, dass es sich bei der OPD um ein valides Diagnoseinstrument handelt. Für sieben der am häufigsten diagnostizierten Konfliktmodi wurde ein hoher Zusammenhang mit den vorgegebenen Kriterien gefunden. Das heißt, dass die Hypothesen verifiziert werden konnten. Für die übrigen Konflikte ergaben sich uneinheitliche Ergebnisse. Es zeigt sich, dass die Konfliktachse der OPD-1 ein valides Diagnostikinstrument ist. Pieh und Mitarbeiter (2009) fanden, dass in ihrer Studie der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt der am besten validierte Konflikt war, da die meisten

Hypothesen bestätigt wurden. Auch der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt im aktiven Modus, Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt unabhängig vom Modus und im aktiven Modus als auch der Selbstwertkonflikt im aktiven Modus konnten in wichtigen Aspekten bestätigt werden (Pieh et al., 2009).

*Gütekriterien der OPD-2:* Inzwischen wurden die Reliabilität und die Validität der OPD-2 untersucht. Es sind bisher erst wenige Studien. Es ist zu vermuten, dass in den kommenden Jahren die Zahl dieser Studien steigen wird.

Benecke und Mitarbeiter (2009) haben 139 videographierte Interviews auf der Strukturachse der OPD-2 von zwei Ratern untersucht und eine Teilstichprobe von 20 Interviews von einem dritten Rater einschätzen lassen. Die Ergebnisse wurden mit Ergebnissen aus klinischen Untersuchungsinstrumenten wie dem SKID (Wittchen et al., 1997) verglichen. Es ergaben sich überwiegend gute bis sehr gute Übereinstimmungen in den Subdimensionen und im Strukturgesamtrating. Bei der Interrater-Reliabilität zeigten sich zwischen den Ratergruppen relativ grosse Unterschiede.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass mit der Strukturachse nach OPD-2 ein hinreichend reliables und valides Instrument zur Einschätzung der psychischen Struktur entwickelt wurde. Vor allem die Zusammenhänge mit der Schwere der Störung sprechen für eine hohe Praxisrelevanz der Strukturachse nach OPD-2. Es wird vermutet, dass mit der Struktur eine störungsübergreifende zentrale psychische Dimension erfasst wird (Benecke et al., 2009).

Es werden die Ergebnisse zu den Strukturratings erläutert (Benecke et al., 2009, S. 91):

Dabei wird das gewichtete Kappa als Mass für die Interrater-Reliabilität zwischen den drei Ratern verwendet. Die gewichteten Kappa-Werte zeigen eine gute bis sehr gute Interrater-Reliabilität. Die Werte liegen zwischen 0.438 beim Vergleich der Ratings des Objektbezugs zwischen den Ratern 1 und 3, was als „annehmbar“ betrachtet werden kann, und 0.826 beim Vergleich der Ratings des Gesamtstrukturturniveaus zwischen den Ratern 2 und 3, was einer sehr guten Interrater-Reliabilität entspricht. Eher eine geringe Interrater-Reliabilität (0.438) wurden in den Ratings zur Bindung an äussere Objekte zwischen Rater 1 und Rater 3 gefunden. Sehr gute Interrater-Reliabilitäten wurden zudem in den Ratings der Selbstregulierung zwischen Rater 1 und 2 (0.805) und zwischen den Ratern 2 und 3 (0.817) erreicht. Das heisst, dass zwei hohe Interrater-Reliabilitäten in den Ratings zur Selbstregulierung und zwischen den Ratern 1 und 3 eher geringe Übereinstimmungen gefunden wurden.

#### 4.7 Empirische Befunde der OPD im Zusammenhang mit Substanzstörungen

Substanzabhängige Patienten wurden erst selten mit der OPD untersucht (u. a. Nitzgen & Brünger, 2000a). Der Arbeitskreis OPD versucht im Bereich der Implementierung die Substanzstörungen mehr zu berücksichtigen.

Anschliessend sollen die bisherigen Studien der OPD, die sich mit dem Thema der Substanzabhängigkeit befassen, erläutert werden:

##### *Alkohol*

Reymann und Mitarbeiter (2000) stellen fest, dass die Erkenntnisse über die Psychodynamik von Alkoholabhängigen überwiegend aus Kasuistiken (Heigl-Evers & Ott, 1994; Rost, 1992) stammen. In ihrer Studie untersuchten sie in einer offenen Entzugsklinik Männer, die seit mindestens 14 Tagen abstinent waren. Sie fanden, dass auf der Achse III (Konflikt) auf den Selbstwert bezogene Konflikte und Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte dominierten. Ebenso wurde die fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung häufig geratet. In der Achse IV zeigten sich strukturelle Störungen v. a. in der Objektwahrnehmung und der Selbststeuerung bei einem insgesamt überwiegend mässigen Strukturniveau. Dieses relativ gut integrierte Strukturniveau könnte auch durch das Abstinenzkriterium von 14 Tagen mitbedingt sein. Die Autoren gehen schliesslich mit Rost (1992) einig, dass ein wesentlicher Anteil der Alkoholkranken keine schweren frühen Störungen als Grundlage ihrer Abhängigkeit aufweist.

Nitzgen und Brünger (2000a) haben in ihrer Studie an einer Alkohol-Entwöhnungsklinik die OPD (Einschätzung der Achsen III, IV und V) angewendet. Ihre Daten bestätigen die Annahme, dass es eine einheitliche „Suchtpersönlichkeit“ im Sinne einer homogenen Verteilung psychodynamischer Eigenschaften in der Population von Abhängigen nicht gibt. Die untersuchten alkoholabhängigen Patienten waren unterschiedlich strukturiert, d. h. bzgl. ihrer Persönlichkeitsorganisation auf unterschiedlichen Strukturniveaus angesiedelt. – Es handelte sich sowohl um neurotisch strukturierte Patienten wie solche mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen. Dabei fanden sie bei den Patienten vermehrt Persönlichkeitsstörungen (59.1 %), die aber nicht auf dem Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, also nicht strukturell schwer gestört waren. Auf Ebene der Achse III wurde der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt, gefolgt vom Selbstwert- und dem Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt gefunden. Beim Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt geht es um die Beziehungsaufnahme. Die Autoren finden, dass ein grosser Teil ihrer Patienten ihr Suchtmittel als spezifische „Lösung“ eines unbewältigten Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikts nimmt. Weiter diene die Substanz

dann zur Aufrechterhaltung und Stabilisierung des labilen bzw. labilisierten Selbstwertgefühls.

In einer weiteren Studie untersuchten Nitzgen und Brünger (2000b) 348 alkoholabhängiger Patienten bzgl. ihrer irregulär abgebrochenen stationären Therapien.

Die Population zeigte v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte, Selbstwertkonflikte, Versorgungs- vs. Autarkiekonflikte und Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikte. Patienten, welche die Behandlung irregulär abbrachen, wurden mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Patienten, welche die Behandlung irregulär abbrachen wiesen v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte auf. Es handelte sich dabei um eine relativ kleine Gruppe von Patienten, die auf therapeutischen Rat hin die Behandlung abbrachen (vgl. Arbeitskreis OPD, 2013, S. 122).

### *Ecstasy*

Thomasius und Mitarbeiter (2000) haben die OPD-1 in Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen bei Ecstasykonsumenten eingesetzt und sie mit Opiatabhängigen verglichen. Sie stellen u. a. fest, dass Ecstasykonsumenten, selbst solche, die eine Suchtentwicklung aufweisen, sich normalerweise von Opiatabhängigen unterscheiden. Sie weisen ein insgesamt höheres strukturelles Integrationsniveau auf, sind eher zur Selbstreflexion in der Lage, haben im Vergleich eine deutlich höhere Compliance und ein höheres Interesse an einer Auseinandersetzung mit den eigenen Beweggründen für den Substanzkonsum. Sie sind sozial meistens relativ gut integriert, befinden sich in einer Ausbildung oder sind berufstätig. Weiter führen die Autoren aus, dass in dieser Patientengruppe noch ein Defizit bzgl. psychotherapeutischer Angebote bestehe.

Marquardts (2004) untersuchte 120 Probanden. Davon waren zum Untersuchungszeitpunkt 20 abstinent, 29 konsumierten mehrere Substanzen (polytoxikomaner Konsum) ohne Ecstasykonsum, 31 nach zurückliegendem Ecstasykonsum und 30 in einer Phase mit aktuellem Ecstasykonsum. Die Ecstasykonsumenten zeigten im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine grössere Ausprägung im Schweregrad des psychologischen Befundes (Achse 1). Zudem zeigten sie eine grössere Bedeutung des Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikts (v. a. Nähe-Distanz-Angst). Der Ecstasykonsum erfolge evtl. als Kompensation im Sinne einer Selbstmedikation. Die Konsumenten wiesen durchschnittlich ein gutes Gesamtstrukturniveau auf, zeigten aber Einschränkungen in der Selbststeuerung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2013, S. 122f).

### *Opiatabhängigkeit*

Ebenso haben Thomasius und Mitarbeiter (2000) eine Studie initiiert, welche die familientherapeutische Frühbehandlung von Opiatabhängigen untersuchen soll. Dabei wurden 86 familientherapeutisch behandelte Familien der Untersuchungsgruppe mit 37 Probanden der Kontrollgruppe, die sozialtherapeutisch behandelt wurden, verglichen. Die Studie wurde während fünf Jahren durchgeführt. Die Therapiesitzungen wurden auf Videoband aufgezeichnet, so dass die familien- und individualdiagnostischen Ratings zeitversetzt im Doppel-Blind-Verfahren durch einen weiteren unabhängigen Untersucher nochmals vorgenommen werden konnten. Dabei legten die Untersucher ihr Interesse v. a. darauf, inwieweit sich im Prä-Post-Vergleich auf den Achsen I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) sowie IV (Struktur) Unterschiede finden lassen. Diese Studie zeigt, dass sich die OPD nicht nur im Bereich von psychodynamischen oder psychoanalytischen Psychotherapien einsetzen lässt, sondern auch bei Familien- resp. systemischen Therapien.

In einer weiteren Arbeit untersuchten Thomasius und Mitarbeiter (2001) die Validität der OPD bei familientherapeutisch behandelten Substanzabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter, welche die Hauptdiagnose einer Opiatabhängigkeit oder eine Abhängigkeit multipler Substanzen aufwiesen. Die Ergebnisse der OPD stammen von 54 jungen Substanzabhängigen, die vor einer ambulanten Familientherapie durchgeführt wurde. Speziell wurden dabei die prognostische und die faktorielle Validität der OPD untersucht. Zudem wurde der Zusammenhang zwischen der Konflikt- und der Strukturachse geprüft. Mit Hilfe der OPD kann die Stichprobe klinisch plausibel beschrieben werden. Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte und Selbstwertkonflikte sind bei adoleszenten Substanzabhängigen zentral. Dies weist auf frühe Störungen hin. Dabei war v. a. der regressiv-depressive Verarbeitungsmodus dominant. Strukturell liegen die Patienten v. a. auf Neuroseniveau (mässig integriert). In einigen Bereichen (v. a. Selbststeuerung und Abwehr) wird das Borderline-Niveau gefunden. Selbstwertkonflikte waren mit einem eher niedrigeren Strukturniveau (gering integriert) assoziiert. Die Forscher fanden, dass die Achse I der OPD einige Anhaltspunkte für eine differenzielle Indikationsstellung biete. Die prognostische Validität der Achsen Konflikt und Struktur schätzten sie zu diesem Zeitpunkt als ungeklärt ein. Später fanden Thomasius und Mitarbeiter (2001) bei den Patienten v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte und Selbstwertkonflikte und schätzten sie v. a. mit einer mässigen Struktur ein.



## 4.8 OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen

Dieses von einer Arbeitsgruppe des Arbeitskreises OPD vorgelegte Zusatzmodul soll die OPD-2 ergänzen. Zur Einschätzung substanzbezogenen Missbrauchs oder von Abhängigkeiten werden Items und eine „Suchtspirale“ eingeführt. Der diagnostische Fokus Sucht wird aufgrund der „Aneignung“ eingeschätzt. Dieses Modul dient zur Diagnostik, Therapie und Verlaufsbeurteilung von Abhängigkeitserkrankungen. Die Voraussetzung ist die Vertrautheit mit der OPD-2 (Jakobsen et al., 2010, S. 183).

Die Arbeitsgruppe geht von folgenden Annahmen aus (Jakobsen et al., 2010, S. 184):

- Abhängigkeitserkrankungen liegt ein biopsychosoziales Krankheitsmodell zugrunde.
- Vor der Abhängigkeit steht eine psychische Eingangsproblematik, die mittels der OPD beschrieben werden kann. Dabei dient der Konsum der Regulierung/Kompensation dysfunktionaler Beziehungsmuster (Achse II), Konflikte (Achse III) und struktureller Einschränkungen (Achse IV).
- Während der Abhängigkeitsentwicklung entsteht eine Eigendynamik des Konsums. Die ursprüngliche Funktion der Abhängigkeitserkrankung wird durch den zunehmenden Konsum schwächer.
- Diagnostik und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen können sich deshalb nicht nur auf die ursprünglichen psychischen Entstehungsbedingungen beschränken, sondern müssen die entstandene Eigendynamik berücksichtigen.

Jakobsen und Mitarbeiter betonen die psychodynamische Funktion von Substanzen, wie sie in der psychoanalytischen Literatur beschrieben wird (Arbeitskreis OPD, 2013, S. 15f). Sie beschreiben dabei ein System der Verleugnung von Abhängigkeiten und ihrer Folgen. Es handelt sich um eine komplexe unbewusste Abwehrorganisation (Johnson, 2003). Zudem schließen sie ein erhöhtes Ausmass von Impulsivität (Fenichel, 1945) mit ein. Sie erkennen auch die Neigung, den Substanzkonsum als Beziehungersatz zu sehen (Voigtel, 1996). Sie betonen eine eingeschränkte Fähigkeit zur Affekttoleranz (Krystal & Raskin, 1970). Zudem zeigt sich eine eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstfürsorge (Khantzian, 1995; Krystal, 1995).

Das Modul für Abhängigkeitserkrankungen vertritt eine zentrale Annahme, dass das Konsumverhalten spezifische psychodynamische Funktion(en) erfüllt, welche sich an der Persönlichkeitsorganisation der Person orientiert. Dies kann im Sinne einer Selbstmedikation (Khantzian, 1985, 1997, 2003) verstanden werden. Im Verlauf der Erkrankung kann die ursprüngliche Funktion in den Hintergrund treten. Die Abhängigkeitserkrankung kann sich verselbstständigen (Arbeitskreis OPD, 2013, S. 18f).

Die „Suchtspirale“ berücksichtigt diese Dynamik. Dieser spiralförmig verlaufende Zirkel, wird durch den Konsum beeinflusst und führt zu einer Abwärtsspirale. Diese wird in der Suchtdynamik wie in der Tiefendimension der Verselbstständigung/Schädigung beschrieben. Ihre Eckpunkte sind die Kompensierung, Habituation, Dosissteigerung und Schädigung. Die „Aneignung“ erweitert die kognitive, affektive und verhaltensrelevante Stellungnahme des Patienten zur seiner Abhängigkeit. Dazu wird eine von Sporn (2003, 2005) entwickelte Skala verwendet (Jakobsen et al., 2010, S. 184). Das Modul ergänzt die Achsen der OPD-2. Die „Suchtspirale“ ist der Fokus „Sucht“. Die Skala „Aneignung“ ersetzt die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS).

Das OPD-Abhängigkeitsmodul besteht aus einem Interviewleitfaden, einem Manual und einem Erhebungsbogen (Jakobsen et al., 2010, S. 184). Das Rating erfolgt parallel zum OPD-2-Rating. Die einzelnen OPD-2-Achsen sollen Einschränkungen berücksichtigen (Jakobsen et al., 2010, S. 184).

In der Achse I wurden folgende Ergänzungen vorgenommen: Häufigkeit des Konsums, Konsummuster/Schwere, Chronifizierung. Diese Kriterien werden durch nicht/kaum (0), mittel (2) und sehr hoch (4) eingestuft (Jakobsen et al., 2010, S. 184f).

In der Achse II werden Beziehungsepisoden vor der Abhängigkeitserkrankung, unter Intoxikation und unter Abstinenz beurteilt. Bei der Achse II werden Einschränkungen in kognitiven Fähigkeiten Rechnung getragen. So werden auch Konfliktschemen beurteilt, dann in der Kategorie „nicht beurteilbar“ geratet. Bei der Achse IV wird das aktuelle Funktionsniveau eingeschätzt, wobei Informationen der letzten 4–6 Wochen als Basis gelten. Die Achse V wird nicht verändert (Jakobsen et al., 2010, S. 185f).

Die Bearbeitung der Abhängigkeitsproblematik hat nach den Autoren zeitlich vor oder zeitgleich mit der Bearbeitung tieferliegender unbewusster Konflikte oder struktureller Vulnerabilitäten zu erfolgen. Der Fokus „Sucht“ kann therapieleitend und für Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden (Jakobsen et al., 2010, S. 187f).

Die Befunde sollen nicht in intoxikiertem Zustand des Patienten erhoben werden. Es soll der Zeitpunkt des letzten Konsums berücksichtigt werden, wenn möglich soll das Interview mit ausreichendem Abstand zum letzten Konsum stattfinden (Arbeitskreis OPD, 2013, S. 113).

Der Interviewleitfaden orientiert sich am Interviewleitfaden der OPD-2 mit den grundsätzlichen Inhalten Eröffnungsphase, Beziehungsepisoden, Selbsterleben und Objekterleben. Sie werden durch spezifische Fragen ergänzt, um auch die Aspekte der Suchtspirale und der Aneignung der Abhängigkeit zu beurteilen (vgl. Arbeitskreis OPD, 2013, S. 125–132).

Bei der Therapieplanung (vgl. Arbeitskreis OPD, 2013, S. 19f) spielt die Art und das Ausmass der Verselbstständigung der Erkrankung eine wichtige Rolle. Sie werden in der Suchtspirale beschrieben. So geht es z. B. darum, an welchem Punkt der Abhängigkeitsentwicklung sich der Patient zum Zeitpunkt des Interviews befindet. In der Suchtspirale werden die anhand des OPD-2-Manuals erhobenen Foki aufgegriffen und als Kompensation psychischer Funktionen verstanden. Diese Foki können als Behandlungsziele gelten. Bei Abhängigkeitserkrankungen sind die Strukturmerkmale der Impulssteuerung, der Affekttoleranz und der Selbstwertregulierung als „obligatorische Foki“ zu verstehen. Wenn das Konsumverhalten noch überwiegend der Kompensation der psychischen Funktion der Erkrankung dient (primäre Kompensation), kann die zugrunde liegende Psychodynamik mit psychotherapeutischen Interventionen verändert werden. Falls dies nicht mehr möglich ist, muss die Zielvorstellung der Psychotherapie verändert werden (Johnson, 2003). Es geht dann psychodynamisch eher um eine „Heilung mit Defekt“ (Balint, 1968, S. 32).

Jakobsen (2014) untersucht theoretische Überlegungen und ihren Umgang im Modul für Abhängigkeitserkrankungen bzgl. Fragen betreffend den Phasen der Erkrankung: Entstehung, Aufrechterhaltung und Rückfall. Er gibt dazu psychoanalytische Hinweise aus der Literatur. So nimmt Glover (1933) als Voraussetzung der Abhängigkeit das Nichterreichen der depressiven Position an, sowie das sadistische Element. Die Aufrechterhaltung der Abhängigkeit wird dann durch die Funktion der Substanz als geliebtes und selbstzerstörendes Objekt erlebt. Damit werden innere „böse Partialobjekte“ attackiert und „gute Partialobjekte“ werden in die Aussenwelt projiziert und geschützt. Beim Rückfall zieht Jakobsen (2014) Überlegungen von Mentzel (1967) bei, wobei nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip bei Alkoholkranken ein drohender oder realer Objektverlust zu einem Rückfall führt. In der OPD wird nun keine allgemeingültige Antwort auf eine individuelle Beschreibung der Person angestrebt. In Bezug auf die oben erwähnten Bereiche werden bei der Entstehung die Bedingungen der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse herangezogen. Neuere Abhängigkeitsdynamiken sind dabei noch nicht zu berücksichtigen. Die Abhängigkeit wird dabei als Krake auf der Person verstanden, welche die Schwierigkeiten der Person teilweise verdeckt. Die Schwierigkeiten wären dann die Stellen, an welchen sich der Krake festhält. Bei der Aufrechterhaltung handelt es sich bei geringer Verselbstständigung um eine psychodynamische Funktion zur Kompensation der Struktur-/Konfliktthemen. Eine neue abhängigkeitsbezogene Problematik kann in der „Suchtspirale“ beschrieben werden. Bei Rückfällen scheint in der Krakensymbolik der Krake den Halt verloren zu haben, wenn ihr Kopf aber gross geworden ist. Dann ist zu erwarten, dass sie

durch ihre Arme immer an freie Stellen gelangen wird. Dies ist im Abhängigkeitsmodul durch das Konzept der „Verselbstständigung“ zu beschreiben.

Dem Autor scheinen diese Überlegungen spezifisch auch auf die Methadonpatienten zuzutreffen, wobei ein Rückfall als Heroinkonsum in der Methadonsubstitution zu verstehen wäre.

Schüssler (2014) entwickelt mit dem Modul Abhängigkeitserkrankungen ein psychodynamisches Verständnis dafür, wie Abhängigkeitserkrankungen entstehen und was ihre Folgen sind. Er führt dabei die Thematik v. a. mit neurobiologischen Überlegungen ein. Dabei bezieht er sich auf das Belohnungs- und das Motivationssystem. Dabei haben Substanzen und Verhaltensweisen (wie Spielsucht) psychodynamisch gesehen folgende Komponenten (Schüssler, 2014, S. 369):

- Motivbefriedigung: z. B. ermöglicht Alkohol der Person soziale/sexuelle Kontakte zu suchen,
- Fehlen von Impulskontrolle,
- Fehlen der Mentalisierungskapazität und tolerieren/regulieren von Emotionen,
- „Selbstmedikation“, um Situationen und Gefühle zu regulieren oder zu verhindern (Schmerz, Einsamkeit etc.),
- Reduzierte Kapazität der Selbstfürsorge (self-care).

Für alle abhängigen Personen gilt, dass die Verleugnung der Abhängigkeit ihre psychologischen und somatischen Konsequenzen hat, die mit der Abhängigkeitsentwicklung verstärkt werden.

Die zentrale psychodynamische Überlegung ist, dass der abhängige Konsum Motiven und psychologischen Funktionen dient, unterschiedlich in Bezug auf die individuelle Persönlichkeit. In der Abhängigkeitsentwicklung mit den psychologischen und somatischen Konsequenzen können multidimensional und longitudinal im Abhängigkeitsmodul der OPD-2 dargestellt werden. Dabei ist für die Therapieplanung wichtig, die genaue Situation des Abhängigen zu definieren (Schüssler, 2014).

Die psychische wird dabei in mehreren Bereichen beschrieben: Realitätskontrolle, Selbstkontrolle, Kommunikation, Bindung, Impulskontrolle etc. Schüssler gibt dabei die Operationalisierung der Impulskontrolle. Zudem gibt er die Operationalisierungen des Selbstwertkonflikts (Schüssler, 2014, S. 369f).

Schüssler beschreibt die Suchtspirale, die aus der Funktion der Substanz/Verhalten der Habituation („getting used to“), der Konsumsteigerung und in den Einschränkungen besteht. Dabei werden in der Achse I die Krankheitserfahrung und Therapiemotivation beschrieben. Beim Aspekt „Funktion“ wird zwischen Konflikt- und Strukturfunktionen unterschieden. Die

weiteren Bereiche werden in der Suchtspirale von der Funktion abgeleitet (Schüssler, 2014, S. 370). Die Akzeptanz und Integration von Abhängigkeiten wurden in folgenden drei Schritten operationalisiert (Schüssler, 2014, S. 371):

- Verleugnung der Abhängigkeit (mit oder ohne Verleugnung der entstehenden Probleme),
- Akzeptanz der Abhängigkeit (mit oder ohne Erfahrung, diese als Behinderung wahrzunehmen),
- Beginn und fortgeschrittenes Durcharbeiten der Abhängigkeitsstörung (Arbeitskreis OPD, 2013).

### *Fazit*

Bisher hat sich diese Arbeit mit den Theorien zu Substanzabhängigkeit beschäftigt, hat danach eine Verbindung zur OPD gemacht, mit der spezifische Patientengruppen wie Substanzabhängige und speziell Opiatabhängige untersucht wurden. Nun soll es noch konkreter werden, indem die Patientengruppe der Methadonsubstituierten, die in dieser Arbeit untersucht wurden, genauer beschrieben werden soll. Es soll dabei nicht nur um psychodynamische Aspekte gehen, sondern auch um ihre Einstellungen zum Methadon. In einer Einführung sollen Angaben zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution gemacht werden.

## 5. Einstellungen der Methadonpatienten zur Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit

### 5.1 Häufigkeit der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution

Obwohl die Inzidenz des regelmässigen Heroinkonsums im Kanton Zürich bis in die 1990er Jahre zunahm (850 im Jahr 1990) und seither rückläufig ist, beschäftigt sie weiterhin das Gesundheitssystem. Die Behandlungsausstiegsrate (keine Behandlungs-Wiederaufnahme innerhalb von zehn Jahren) wird auf 0.04 pro Jahr geschätzt. Dies weist darauf hin, dass die Prävalenz im Gegensatz zur Inzidenz nur langsam zurückgeht. Im Kanton Zürich gibt es ca. 7500 Heroinabhängige, davon sind ungefähr 3600 in einer Methadonbehandlung, obwohl seit 1992 potenziell alle Heroinabhängigen Zugang zu einer Methadonbehandlung haben. Seit 1994 war mehr als jeder zweite problematische Heroinkonsument in Substitutionsbehandlung (Nordt & Stohler, 2006). Die Hälfte der Personen, die mit 18 Jahren oder älter begannen, regelmässig Heroin zu konsumieren, nahm innerhalb von zwei Jahren eine Substitutionsbehandlung auf. Dagegen dauerte es bei der Hälfte der Personen, die 17 Jahre oder jünger waren drei Jahre (Nordt & Stohler, 2006). Obwohl die Inzidenz der Heroinabhängigkeit in der Schweiz drastisch gesunken ist, bleibt der chronische Verlauf der Heroinabhängigkeit ein Problem, wenn sie nicht durch eine Substitution stabil behandelt werden kann. Praktisch alle Patienten im Kanton Zürich treten bald nach dem Abschluss einer Substitutionsbehandlung wieder in eine neue Substitutionsbehandlung ein (Nordt et al., 2004; vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 10–12). Es fällt also auf, dass der Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit längerfristig nur wenigen Personen gelingt, ohne dass sie sich mit einem Medikament wie Methadon substituieren.

### 5.2 Methadonsubstitution

„Die Methadonbehandlung ist die effizienteste Behandlung der Heroinabhängigkeit“ (Hunziker & Boesch, 2008, S. 9; Newman, 2003). Anstatt Ziele zu fokussieren, die auf eine Rehabilitation (Verbesserung der Gesundheit, berufliche und soziale Integration, Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung etc.) abzielen, ist ein Teil der Methadonpatienten damit beschäftigt, contra-therapeutische Ziele zu verfolgen (u. a. tiefst-mögliche Methadondosis und die kürzest-mögliche Behandlungsdauer). „Als Ergebnis negativer Einstellungen bezüglich dem Methadon und der Methadonbehandlung brechen viele Patienten frühzeitig ihre Substitutionsbehandlung ab“ (Hunziker & Boesch, 2008, S. 12). Sie halten damit das Abhängigkeitsyndrom (s. o.) aufrecht, indem sie z. B. unter starkem Craving leiden und einen Beikonsum

von Heroin in Kauf nehmen. So verunmöglichen sie längerfristig ein psychotherapeutisches Arbeiten, das nicht auf die Auswirkungen der Abhängigkeit fokussiert ist. Dabei wären die Voraussetzungen für eine Psychotherapie wie eine psychoanalytische Therapie für methadon-substituierte heroinabhängige Patienten mit einer genügend hohen Methadondosis und einer damit einhergehenden psychischen Stabilität gegeben.

Ball und Ross (1991) legen dar, dass Patienten in Methadonsubstitution sich v. a. in den ersten ca. sechs Monaten stabilisieren.

### 5.3 Typische Einstellungen zur Methadonsubstitution

*Zusammenfassung der Dissertation von Hunziker und Boesch (2008), Beschreibung der Items, Ergebnisse, Faktoren*

Hunziker und Boesch (2008, S. 228–231) haben in ihrer Arbeit die Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei heroinabhängigen Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung und ihren behandelnden Ärzten und Therapeuten untersucht. Auf letztere wird in dieser Arbeit nicht eingegangen, da sie nicht Bestandteil der Arbeit sind. Die Autoren wollten einerseits einen möglichen Grund für die von Rehm und Uchtenhagen (2001) berichtete Unterdosierung des Methadons in der Schweiz in den Einstellungen der Patienten suchen. Andererseits berücksichtigen sie den von Kayman und Mitarbeitern (2006) publizierten Befund, dass Patienten mit positiven Einstellungen zum Methadon länger in der Substitutionsbehandlung verbleiben. Die Autoren beabsichtigten eine quantitativ ausgerichtete Erforschung der Einstellung zur Methadonsubstitution in der Deutschschweiz.

Dabei wurden 125 Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit in der Stadt Zürich zu ihren Einstellungen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung befragt. Die Einstellungs-Items des im Untersuchungsinstrument verwendeten self-report-Fragebogens basierten auf einer Auswahl aus einer rund sechsmal grösseren Auswahl von Patientenaussagen zum Methadon und zur Methadon-Substitutionsbehandlung. Dieser wurde aufgrund von qualitativen Interviews an 30 Patienten in Methadonbehandlung generiert. Als Grundlage zur Item-Auswahl diente ein a-priori-Modell, in dem Patienteneinstellungen formuliert wurden. Dabei wurden Annahmen über typische Patientengruppen und zugrunde liegende Einstellungsdimensionen getroffen. Die Items wurden aufgrund ihrer Repräsentativität zum a-priori-Einstellungsmodell und ihrer Nähe zur Alltagssprache der Stichprobe ausgewählt. Weiter wurden auch Items zur Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Jerusalem & Schwarzer, 1986) und zur Veränderungsbereitschaft im Rahmen des Transtheoretischen Modells (VSS-k; Fecht et al., 1998), erhoben. Auf sie wird hier nicht eingegangen, da sie nicht

Bestandteil dieser Arbeit sind. Zudem wurden Interviewfragen zu weiteren Merkmalen (soziodemographische Merkmale, Daten zur aktuellen Methadon-Substitutionsbehandlung und anamnestische Angaben) erhoben.

Die grundlegenden Erkenntnisse der Arbeit liegen in ihrer Erarbeitung des Methadon-Einstellungs-Inventars (MEI-40). Damit wurden die Dimensionen der Primär- und Sekundärfaktoren und Patientengruppen zugeordnet, um ein Einstellungsprofil erstellen zu können (s. u.).

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der OPD und dem MEI-40 zu untersuchen und Verbindungen zwischen Psychodynamik und Einstellungen zur Methadonsubstitution herzustellen. Andere Bereiche der Methadonsubstitution (s. o.) sparte die Arbeit aus.

#### 5.4 Typische Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung und Patientengruppen

Die Studie soll sich im Rahmen des Untersuchungsinstruments des Methadon-Einstellungs-Inventars (MEI-40) (Hunziker & Boesch, 2008, S. 196–210) auf die von Hunziker und Boesch (2008) gefundenen Primär- und Sekundärfaktoren beziehen. Methadon wird einerseits als positiv beurteilt, andererseits zeigt sich, dass über die Hälfte der befragten Patienten das Methadon nicht einfach unbeschränkt lange einnehmen will. Diese Diskrepanz fanden Hunziker und Boesch (2008) auch in grundlegenden typischen Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung. Auf höchster Abstraktionsebene finden sie die Sekundärfaktoren Methadon-Entzugs-Orientierung und Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung.

Auf einer tieferen Abstraktionsebene konnten Hunziker und Boesch fünf korrelierte Dimensionen der Einstellung zur Methadonbehandlung (sogenannte Primärfaktoren) finden. Die 61 Items (in dieser Arbeit 40 Items) basieren auf einer Auswahl aus 376 Patientenaussagen zur Methadon-Substitutionsbehandlung. Sie wurden in einer qualitativen Voruntersuchung (Hunziker & Boesch, 2008) an 30 Methadonpatienten generiert (Hunziker & Boesch, 2008, S. 184f). Aus dem Bereich der Methadon-Entzugs-Orientierung sind dies die Methadonabbau-Orientierung, die Tiefdosis-Orientierung und die Methadon-Angst. Aus dem Bereich der Substitution-mit-Methadon-Orientierung sind dies die Methadon-Substitutions-Orientierung und die Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung (Hunziker & Boesch, 2008, S. 184–188).



## 5.5 Interpretation der Patientengruppen

Hunziker und Boesch (2008) fanden, dass erst eine faktorenanalytisch ermittelte mehrdimensionale Patienten-Einstellung eine differenzierte Einstellungsstruktur offen legt, die auch verhaltensrelevant ist (s. o.). Die drei clusteranalytisch gewonnenen Gruppen können aufgrund der Ausprägungen auf den Einstellungsdimensionen klinisch relevant voneinander unterschieden werden.

Aufgrund der zu geringen Stichprobengrösse (vgl. Backhaus et al., 2006) konnten diese drei Gruppen in dieser Arbeit nicht generiert werden. Deshalb sind sie für diese Arbeit relevant. Zudem lehnen sich die drei Gruppen eng an die Primär- und Sekundärfaktoren an, die für diese Arbeit auch relevant sind.

*Methadonablehner:* Diese Gruppe zeigt sehr hohe Werte bezüglich der Einstellungsdimensionen „Methadonabbau-Orientierung“, „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“ und „Methadon-Substitutions-Angst“ und tiefe Werte bezüglich „Methadon-Substitutions-Orientierung“. Dieses Einstellungsmuster deutet darauf hin, dass für diese Patienten eine langfristige Methadon-Substitutionsbehandlung eher als eine Belastung als eine Entlastung empfunden wird. Die tiefe Methadon-Substitutions-Orientierung zeigt, dass sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonablehner auf den Abbau und das Tiefhaltens der Methadondosis und nicht auf einen Substitutionsprozess bei adäquater Methadondosis bezieht (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 196f).

Weiter fanden Hunziker und Boesch (2008), dass die mit der Wechselwirkung zwischen Flexibilisierung des Heroinkonsums und Selbstwirksamkeitsüberzeugung interagierende Wechselwirkung zwischen Methadon-Substitutions-Angst, Methadon-Tiefdosis-Orientierung, aktiver Veränderungsmotivation und allgemeiner Selbstwirksamkeitsüberzeugung das Dilemma der Methadonablehner zu einem „Teufelskreis“ verschärft, aus dem sie schwer wieder herausfinden. Sie sind dabei gefangen zwischen der Angst vor Methadon-Substitutionsbehandlung. Dies hindert sie daran, den Prozess der Substitutionsbehandlung zu beginnen und der Angst vor Verlust der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch erhöhtes Heroinkonsumverhalten, was sie daran hindert, aus der Substitutionsbehandlung auszusteigen (Hunziker & Boesch, 2008, S. 199).

Es geht dieser Patientengruppe einerseits darum, sich auf einen Substitutionsprozess bei adäquater Methadondosierung und Rehabilitation einzulassen, andererseits geht es ihnen darum, sich einem solchen Substitutionsprozess durch Methadonabbau zu entziehen. Indem sie ständig nach tieferen Methadondosen streben, versuchen sie ihrer Identität trotz Methadon-Substitutionsbehandlung eine bestimmte Richtung zu geben, um auf diese Weise eine Zwi-

schenwelt zu kontrollieren, bzw. ein Dilemma auszuhalten (Hunziker & Boesch, 2008, S. 200).

*Methadonbenutzer:* Diese Gruppe hat im Vergleich zu den Methadonpatienten der beiden anderen Gruppen mittlere Werte bezüglich Methadonabbau- und Tiefdosis-Orientierung, relativ hohe Werte bezüglich Methadon-Substitutions-Angst, aber die höchste Methadon-Substitutions-Orientierung (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 202).

Die Zusammenhänge zeigen, dass sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonbenutzer auf die Bereitschaft bezieht, sich auf die Substitutionsbehandlung und der damit verbundenen Rehabilitation einzulassen. Dagegen bezieht sich die aktive Veränderungsmotivation der Methadonablehner auf den Methadonabbau und auf eine möglichst tiefe Methadondosis, bzw. sich der Substitutionsbehandlung und Rehabilitation zu entziehen (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 202f).

Hunziker und Boesch (2008) vermuten, dass es sich bei der hohen Methadonabbau-Orientierung, Methadon-Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst der Methadonablehner um ein eher affektiv basiertes Einstellungsmuster handeln könnte. Bei der hohen Methadon-Substitutions-Orientierung der Methadonbenutzer könnte es sich eher um ein eher kognitiv basiertes Einstellungsmuster handeln (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 203).

Während die Methadonablehner hauptsächlich Angst davor haben, sich grundsätzlich mit Methadon adäquat (d.h. auch mit einer genügend hohen Methadondosis) substituierten zu lassen, haben die Methadonbenutzer v. a. Angst vor der Vorstellung, während einer langen Dauer oder ein Leben lang in Methadon-Substitutionsbehandlung bleiben zu müssen. Es zeigt sich dabei also eine Ambivalenz (Hunziker & Boesch, 2008, S. 205).

*Methadonintegrierer:* Diese Gruppe „hat im Vergleich zu den Methadonablehnern eine sehr tiefe Methadonabbau- und Methadon-Tiefdosis-Orientierung und sehr geringe Methadon-Substitutions-Ängste“ (Hunziker & Boesch, 2008, S. 208). Verglichen mit den Methadonbenutzern sind die Methadonintegrierer nur mittelmässig substitutions-orientiert. Wenig unterscheiden sich die Methadonintegrierer und die Methadonbenutzer von den Methadonablehnern in ihrer je geringen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung. Es ist zu vermuten, dass sich die Methadonintegrierer als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt und so das Methadon in ihr Leben integriert haben (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, 208f).

Die Einstellungsmuster der Methadonintegrierer können dahingehend integriert werden, dass sie sich zwar als einzige auf eine Dauersubstitutionsbehandlung eingestellt und so das Metha-

don in ihr Leben integriert haben, dies aber auf mangelnde Veränderungsbereitschaft bzw. Veränderungsmotivation zurückzuführen ist (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 209).

Es zeigt sich, dass von rehabilitations-orientierten Methadonpatienten erst dann gesprochen werden kann, wenn bei tiefem Heroinverlangen und tiefem Heroinkonsum nicht nur hohe Methadon-Substitutions-Orientierung, sondern auch tiefe Methadonabbau-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst vorliegen, was nur bei einem Teil der Methadonbenutzer der Fall ist (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 210).

Es lassen sich auf Gruppenebene folgende Zusammenhänge finden: Die *Methadonbenutzer* zeigen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen eine signifikant höhere Methadon-Substitutions-Orientierung. Sie weist auch einen signifikant tiefsten Anteil an Patienten auf, der in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt über Craving berichtet oder Heroin konsumiert hat. Dies gibt Hinweise dafür, dass bei den *Methadonbenutzern* die Methadon-Substitutions-Orientierung mit dem Verlangen und dem Konsum von Heroin in Verbindung steht (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 207).

#### *Psychodynamische Überlegungen bezüglich der Patientengruppen*

Hunziker und Boesch (2008) haben ihre Ergebnisse bzgl. der Patientengruppen auf das heuristische Modell von Wurmser (1987a, 1987b) angewendet, in der er die Psychodynamik der „Toxikomanie“ beschreibt. Klinisch manifestiert sich die Methadonsubstitution darin, dass sich Heroinabhängige als Substanz, durch das Heroinkonsum-Umfeld und durch das Heroinkonsum-Ritual begrenzt, dirigiert, unter Druck gesetzt, beschämt, beschuldigt und bedroht fühlen. Das Resultat dieser Bedrohungen führt in der Folge oft zur Aufnahme einer Methadon-Substitutionsbehandlung. Durch die Aufnahme der Methadonbehandlung sollte es nach Wurmser zu einer Verschiebung kommen, so dass das Methadon nicht nur das Heroin substituiert, sondern auch dessen Schutzfunktion und so die Abwehrfunktion des Heroins übernimmt. Dadurch sollte es auch bezüglich des Abgewehrten zu einer Verschiebung kommen, wonach Über-Ich-Repräsentanzen des Heroinkonsums durch solche der Methadoneinnahme vertauscht werden. Dies könnte aber durch die unterschiedlichen negativen Einstellungen des sozialen Umfeldes die Verleugnungsphantasien bzgl. des Methadons in Frage stellen. Gewissen Patienten wird im Rahmen der Methadon-Substitutionsbehandlung nicht primär der Rauschzustand genommen, sondern, in Bezug auf die Über-Ich-Pathologie, das Schutzsystem. Dies könnte eine heuristische Erklärung dafür sein, warum ein Teil der Methadonpatienten stets dazu neigt, ihre Methadondosis abzubauen. Die Methadondosisregulierung würde unbewusst eine Schutzsystem-Ersatz-Funktion übernehmen. Gewisse Patienten könnten, v. a. über

den Abwehrmechanismus der Externalisierung, das subjektive Gefühl entwickeln, durch die Regulierung der Methadondosis ihr Über-Ich regulieren zu können. So können Bedrohungen durch Angst, Schuld und Scham, die vom Über-Ich auf das Methadon übertragen werden, durch Regulierung der Methadondosis im Ich wieder unter Kontrolle gebracht werden.

*Methadonablehner:* Diese Methadonpatienten haben eine Persönlichkeitsstruktur, die eine starke Über-Ich-Problematik aufweisen (z. B. depressive Störungen). Der Heroinkonsum und das Methadon werden vermutlich unbewusst als Über-Ich-Entlastungskrücke eingesetzt. Das Methadon übernimmt dabei die Funktion eines Hilfs-Über-Ichs. Die *Methadonablehner* versuchen den Über-Ich-Druck zu externalisieren, indem sie mittels Methadonabbau das Über-Ich und ihre damit verbundenen Schuldgefühle regulieren (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 220).

*Methadonbenutzer:* Die Fähigkeit dieser Patientengruppe, starke Gefühle der Ambivalenz zu ertragen, lässt aufgrund psychodynamischer Struktur-Diagnostik (vgl. Arbeitskreis OPD, 2006) vermuten, dass *Methadonbenutzer* bezüglich ihrer Ich-Funktionen besser integriert (höher strukturiert) sind als andere Methadonpatienten. Dies legt die Vermutung nahe, dass bei den Methadonbenutzern die Heroinabhängigkeit weniger struktur- als vielmehr konfliktbedingt ist. Es kann also verglichen mit den Methadonablehnern und den Methadonintegrierern von einer intakteren Ich-Entwicklung ausgegangen werden (z. B. Heroinkonsum als symptomatische Zuflucht in einer Adoleszentenkrise). Unbewusst hat Methadon für die Methadonbenutzer in ihrer Ambivalenz zwischen Methadon-Substitutions-Orientierung und Methadon-Substitutions-Angst die Funktion eines Übergangsobjekts (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 220f).

*Methadonintegrierer:* Bei diesen Patienten nimmt das Methadon als Schutzobjekt keine bedrohlichen Züge mehr an, so dass Heroinkonsum und Methadonsubstitution Teil ihrer Persönlichkeitsstruktur sind. Sie haben sich mit dem Heroinkonsum versöhnt und haben weder Angst noch Schuld- oder Schamgefühle gegenüber der Methadoneinnahme. Methadonintegrierer erleben den Heroinkonsum und die Methadoneinnahme eher Ich-synton. Das Methadon wie das Heroin hat dabei die unbewusste Funktion eines Hilfs-Ichs. Das Ausbleiben des Schutzobjekts Methadon wird dann als bedrohlich erlebt (vgl. Hunziker & Boesch, 2008, S. 221f).

## 5.6 Zusammenhänge der Patientengruppen zu anderen Patientenmerkmalen und klinische Relevanz

Die Studie von Hunziker und Boesch (2008) wurde u. a. realisiert, um Ursachen zu finden, warum Patienten in der Schweiz zu einem grossen Teil (rund 50 % der Patienten mit einer Tagesdosis unter 60 mg) unterdosiert sind (Rehm & Uchtenhagen, 2001). Hunziker und Boesch (2008) versuchen, diese Ursachen in den Patienteneinstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung zu suchen. Dabei hängen die Methadonabbau-Orientierung und die Methadon-Tiefdosis-Orientierung beide mittelstark negativ mit der Methadondosis zusammen. Es lässt sich vermuten, dass die Unterdosierung wesentlich von der Methadonabbau- und der Methadon-Tiefdosis-Orientierung beeinflusst ist. Die Methadon-Substitutions-Orientierung zeigt sich in Bezug auf die Unterdosierung als weniger verhaltensrelevant und ist nicht signifikant mit der Höhe der Methadondosis korreliert. In der Untersuchung (Hunziker & Boesch, 2008) liess sich kein überzufälliger Zusammenhang zwischen der Dauer der aktuellen Behandlung und der Methadon-Einstellung zeigen.

Ein relevanter positiver Zusammenhang zeigt sich zwischen der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und dem selbstberichteten Heroinkonsum in Bezug auf die letzten 30 Tage vor der Befragung. Patienten mit einer hohen Flexibilisierungs-Orientierung konsumieren öfter Heroin als andere Patienten. Diese Orientierung ist unabhängig von der Abbau- oder der Tiefdosis-Orientierung, kann also bei allen Patienten vorkommen.

Einige der gefundenen Zusammenhänge zeigen, dass die Patienteneinstellungen in der Behandlung verhaltensrelevant werden können. Abbau-orientierte Patienten sind bestrebt, ihre Methadondosis tatsächlich laufend zu reduzieren, was wegen der Unterdosierung mit einer Wahrscheinlichkeit von ernsthaften Rückfällen einhergeht. Flexibilisierungs-orientierte Patienten geben an, auch tatsächlich mehr Heroin zu konsumieren (Hunziker & Boesch, 2008).

## 6. Relevanz zur Studie: Fazit und Zusammenfassung

Die OPD ist ein Versuch psychodynamische Konzepte zu operationalisieren. Sie operationalisiert ihre Begriffe nicht klassisch psychoanalytisch, sondern geht von Motivationssystemen aus (vgl. Konfliktdefinition) und soll beobachtungsnah (vgl. Strukturdefinition) sein. Empirisch fand die OPD in relativ wenigen Studien auch Eingang in die Forschung von Substanzabhängigkeiten (v. a. im Zusammenhang mit Alkohol). Explizit wurden methadonsubstituiert heroinabhängige Patienten noch nie untersucht.

Ein weiterer Bereich der empirischen Arbeit soll sich mit typischen Patienteneinstellungen zur Methadonsubstitution befassen. Es wird dabei ein Einstellungsfragebogen eingesetzt, der von Hunziker und Boesch (2008) entwickelt wurde. Diese Forscher fanden auf einer tieferen Abstraktionsebene fünf korrelierte Dimensionen der Einstellung zur Methadonbehandlung (Primärfaktoren). Clusteranalytisch wurden aus den Primärfaktoren drei Patientengruppen ermittelt (Methadonablehner, Methadonbenutzer und Methadonintegrierer). Diese Patientengruppen sind in dieser Arbeit v. a. wegen ihrer Psychodynamik von Bedeutung.

Die Arbeit soll nämlich versuchen, Zusammenhänge zwischen den von Hunziker und Boesch (2008) aufgrund der Einstellungen zum Methadon gefundenen Patientengruppen zu Strukturitems nach der OPD zu finden. Es handelt sich dabei also nicht um phasenspezifische Patienteneigenschaften im Verlauf ihrer Methadonbehandlung (vgl. Hunziker & Boesch, 2008), sondern um länger überdauernde strukturelle Persönlichkeitseigenschaften (gemessen durch die OPD).

Interessieren sollen in dieser Studie die Einstellungen zum Methadon (vgl. Hunziker & Boesch, 2008) und psychodynamische Merkmale (gemessen durch die OPD). Weiter sollen die Interpretationen anhand von psychodynamischen Überlegungen zur Methadonsubstitution durch die Ergebnisse der OPD nutzbar gemacht werden, d. h., es soll untersucht werden, ob diese Überlegungen durch die OPD gestützt werden können. Die Befunde sollen eine Brücke zwischen der OPD und der Psychodynamik von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten schlagen.

Doch neben spezifischer Hypothesenprüfung soll die Studie v. a. heroinabhängige methadonsubstituierte Patienten mit der OPD (Achsen Konflikt und Struktur) prüfen, da diese Patientengruppe in diesem Kontext noch nie explizit untersucht wurde. Weiter sollen die Ergebnisse der OPD in einen Zusammenhang mit den Einstellungen zum Methadon (vgl. Hunziker & Boesch, 2008) gesetzt werden.

## 7. Fragestellung

### *Zusammenfassende Vorbemerkung*

Moderne psychoanalytische Theorien zur Substanzabhängigkeit nehmen bei Abhängigen strukturelle Störungen an. Diese werden in den verschiedenen Suchtmodellen jeweils in unterschiedlichem Ausmass vertreten, in Form einer Selbstmedikation (ich- und selbstpsychologische Modelle) und Sadismus (objektpsychologisches Modell). Einzig im triebpsychologischen Modell werden nicht explizit strukturelle Störungen formuliert.

Die OPD basiert nicht auf einer spezifischen psychoanalytischen Theorie. In Bezug auf Suchtmodelle können moderne Konzepte, d. h. das ich-, selbst- und objektpsychologische Modell, besser durch die OPD operationalisiert werden. Bisher wurde die OPD im Bereich von Substanzabhängigkeiten v. a. bei alkoholkranken Patienten angewendet. Die ersten Studien zeigen, dass es sich bei alkoholabhängigen Patienten eher um mässig strukturierte Patienten handelt. Bzgl. den Konflikten werden v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeits- und Selbstwertkonflikte angenommen. Bei opiatabhängigen Patienten wird ein eher geringes Strukturniveau empirisch gefunden (Thomasius et al., 2000, 2001). Bisher weisen die Ergebnisse bzgl. Substanzabhängigkeiten (auch bzgl. der Opiatabhängigkeit) eher auf eine heterogene Patientengruppe hin (Nitzgen & Brünger, 2000a, 2000b; Reymann et al., 2000; Thomasius et al., 2000, 2001).

Im Zusammenhang mit Einstellungen zum Methadon wird vermutet, dass Patienten mit einer positiven Einstellung zum Methadon besser strukturiert sind. Hunziker und Boesch (2008) vermuten dabei, dass die „Methadonbenutzer“ einerseits der Substitutionsbehandlung ambivalent gegenüberstehen, dass sie andererseits diese ambivalenten Gefühle auch ertragen können. Dies spricht für eine bessere Struktur. Weiter weisen die Einstellungen zum Methadon darauf hin, inwiefern Patienten den Sinn der Methadonsubstitution verstehen. Sie sind insofern auch verhaltensrelevant, als aufgrund der Einstellung zum Methadon längerfristig eine Substitution oder ein Abbau angestrebt wird. Bei einem Abbau steigt das Risiko von Rückfällen (vgl. Kapitel 5).

Psychoanalytische Theorien zur Sucht geben also vor, dass Methadonpatienten strukturelle Störungen aufweisen und ihre Einstellungen zum Methadon in einem Zusammenhang mit ihrer Struktur stehen (Subkowski, 2000; Hunziker & Boesch, 2008).

### *Herleitung der Fragestellung*

Die Arbeit soll die Stichprobe von Methadonpatienten mit der OPD auf Konflikte und Struktur untersuchen. Dabei soll sie untersuchen, ob die in der Literatur (u. a. Subkowski, 2000; Hagman, 1995) berichteten strukturellen Störungen auf diese Patienten zutreffen. Zudem soll das Patientenkollektiv mit dem MEI-40 bzgl. dessen Einstellungen zum Methadon befragt werden. Es sollen die typischen Einstellungen zum Methadon abgebildet werden.

## 7.1 Hauptfragestellungen

Die Arbeit soll folgende Fragestellungen untersuchen:

- Wie sind methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten gemäss der OPD strukturiert?
- Unterscheiden sich Methadonpatienten in ihren Konflikt- und Strukturmustern?
- Wie gross ist der Anteil von Methadonpatienten mit geringer Gesamtstruktur?
- Welche Konflikte (OPD) weisen die Patienten auf und wie ausgeprägt sind diese?
- Welche Strukturitems (OPD) weisen einen grossen Zusammenhang mit den Einstellungsdimensionen (MEI-40) auf?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Gesamtstruktur und der Einstellung zum Methadon?

## 7.2 Fragestellung betreffend des MEI-40

Welche der von Hunziker und Boesch (2008) gefundenen Einstellungen zum Methadon lassen sich finden?



## 8. Methodik

### 8.1 Untersuchungsinstrumente

#### 8.1.1 OPD

Die Daten wurden mit dem OPD-Interview der OPD 2 (Arbeitskreis OPD, 2006) erhoben. Die OPD verfolgt das Ziel, die symptomatologisch-deskriptive ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen um psychodynamische Dimensionen zu erweitern. Die OPD besteht aus den Achsen „Behandlungsvoraussetzungen und Krankheitsverarbeitung“, „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „psychische und psychosomatische Störungen“ (ICD-10). Zum Gruppenvergleich (Vergleich zwischen normal und gering strukturierten Patienten s. u.) innerhalb der Methadonpatienten werden die OPD-Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ eingeschätzt und zur Charakterisierung der Patienten die Substanzabhängigkeitsdiagnose der Achse V (ICD-10-Diagnose) berücksichtigt.

Im Unterschied zu anderen psychiatrischen Diagnostikinstrumenten (z. B. SKID) ist die OPD weniger durch sozial erwünschte oder fehlerhafte Aussagen beispielsweise für die Strukturdiagnose verfälschbar. Strukturelle Merkmale können von Patienten schlecht manipuliert werden. Sie können durch die Rater in ihrer Persönlichkeitsstruktur eingeschätzt werden (Arbeitskreis OPD, 2006).

#### *Adaption der OPD in Bezug auf diese Arbeit*

Da in dieser Studie nur die Achsen der Konflikte und der Struktur (Achsen III und IV) eingeschätzt wurden, wurden die einzelnen Interviewphasen unterschiedlich gewichtet. Prinzipiell blieb die Struktur des Interviews erhalten, da alle fünf Phasen (Eröffnungsphase, Ermittlung von Beziehungsepisoden, Selbst- und Objekterleben, Psychotherapie-Motivation) Rückschlüsse auf die Konflikte und Struktur zulassen konnten. Doch standen für die Erhebung der beiden Achsen die ersten vier Phasen eher im Zentrum als die letzte. Die Phasen des Selbst- und des Objekterlebens wurden explizit erfragt, biographische Aspekte und Beziehungsepisoden wurden je nach Berichten in der Eröffnungsphase (Grund der ambulanten oder teilstationären Behandlung) vertieft erfragt.

Im Laufe der Untersuchung zeigte sich, dass eine gewisse Standardisierung für die Einschätzung der Konflikt- und Strukturachse sinnvoll war. Daher wurden die Interviews so verändert, dass ca. ein Viertel der Zeit für eine strukturierte Erfragung, angelehnt an die Interviewtools der Achsen III und IV (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 446–457, s. Anhang) eingesetzt wurde.

Durch Diskussionen in den Konsensratings, v. a. in Bezug auf die grossen Unterschiede in den Ratings der Items der Konflikt- und Strukturachse, wurden in den letzten ca. 20 OPD-Interviews (d. h. in den Untersuchungsperioden zwei und drei, nach 50 Teilnehmenden) wieder ein klassischer Interviewstil angewendet, der wieder mehr Beziehungsepisoden erfragte und die oben beschriebene strukturierte Erfragung wegliess.

#### 8.1.2 Weitere Patientenmerkmale

Zwischen dem OPD-Interview und dem Ausfüllen des MEI-40 erhob der Untersucher einen Fragebogen zu weiteren Patientenmerkmalen. Die Fragen beinhalteten folgende Punkte (vgl. Anhang): Geburtsdatum, Geschlecht, Alter bei Heroin-Erstkonsum, Alter bei erster Methadon-Substitutionsbehandlung, aktuelle Substitutionsbehandlung (ambulant, teilstationär), aktuelle Methadondosis, Dauer der aktuellen Methadonbehandlung, Anzahl Tage des Heroinkonsums in den letzten 30 Tagen vor der Befragung, Alter bei erster psychiatrischer Behandlung und Art der Gespräche (Gespräche zur Befindlichkeit oder Psychotherapie).

#### 8.1.3 Methadon-Einstellungs-Inventar (MEI-40)

Weiter füllten die Patienten das Methadon-Einstellungs-Inventar (MEI-40) aus. Dieses Instrument enthält 40 Items zur Erfassung der Einstellung zur Substitutionsbehandlung mit Methadon. Es werden fünf Dimensionen erfasst: „Methadon-Abbau-Orientierung“, „Methadon-Tiefdosis-Orientierung“, „Methadon-Skepsis“, „Methadon-Substitutions-Orientierung“ und „Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung“.

### 8.2 Befragung der Patienten

#### 8.2.1 Rekrutierung

Vor Beginn der Befragung wurde eine Bewilligung zur Durchführung bei der Kantonalen Ethikkommission eingeholt (Bewilligung erteilt im Oktober 2009). Die Patienten wurden aufgrund der gesamten Population von Patienten, im ZAE der PUK Zürich, die durch Methadon substituiert werden und zudem die Einschlusskriterien der Arbeit erfüllten, ausgewählt. Als Datum wurde dabei der 9. März 2012 für die Beurteilung der in Frage kommenden Patienten im ZAE (Vergleich mit Patientenlisten) gewählt. Ebenso verlief die Rekrutierung der letzten 15 Interviews zwischen Mai und November 2014. Dabei wurde als Datum der 14. April 2014 gewählt. Einschlusskriterien der Studie waren: ambulante oder teilstationäre Behandlung, seit mindestens fünf Jahren die ICD-10-Diagnose einer Heroinabhängigkeit, Dauer der aktuellen

Methadonbehandlung von mindestens sechs Monaten. Eine kürzere Dauer der Substitution mit Methadon hätte die Interviewergebnisse beeinflussen können (vgl. Ball & Ross, 1991). In diesem Sinne sollten sie auch psychopharmakologisch gut eingestellt sein. Die teilnehmenden Patienten sollten zwischen 25 und 50 Jahren alt sein. Diese Alterseinschränkung wurde gewählt, weil die Persönlichkeitsentwicklung sicher abgeschlossen sein sollte und bei älteren Patienten altersbedingte kognitive Einschränkungen ausgeschlossen werden sollten. Die Patienten sollten nur mit Methadon substituiert sein. Eine zusätzliche Substitution mit Morphinsulfat war Ausschlusskriterium, um andere Einstellungen zur Substitution auszuschliessen. Die Patienten durften keine Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F2) haben, da diese die psychodynamische Testung insofern hätte beeinflussen können, dass tiefe Ergebnisse in der Strukturdiagnostik und nicht klar abgrenzbare Konflikte nicht durch die Substanzabhängigkeit, sondern durch die Störung aus dem schizophrenen Formenkreis hätten verursacht sein können. Ebenso durften die Patienten in der Untersuchungssituation nicht durch bewusstseinsverändernde Substanzen beeinträchtigt sein (Intoxikation durch Alkohol, Benzodiazepine, Kokain etc.) oder sich in einer akuten psychischen Belastungssituation, einer Krise (Todesfall in der Familie, Diagnose einer Krankheit etc.) befinden, da diese die Struktur (Ich-Funktionen) hätten akut verändern können. Das Zustandsbild (bzgl. Intoxikation oder psychischer Belastungssituation) wurde vor dem OPD-Interview erfragt und klinisch eingeschätzt. Zudem mussten die Patienten in Zweifelsfällen von ihren behandelnden Therapeuten als für die Studie geeignet eingeschätzt werden.

Was oben in Bezug auf die Daten vom MEI-40 gesagt wurde, wurde auch auf das OPD-Rating bezogen: Eine weniger als sechs Monate dauernde kontinuierliche Methadonsubstitution würde sich auch auf das OPD-Rating, d. h. auf psychodynamische Merkmale auswirken. In Bezug auf die Substitutionsdauer zeigte sich im Extremfall eines Patienten, der bei starker Dosisreduktion Entzugssymptome zeigte, dass ein valides OPD-Rating nicht möglich war. Die Daten wurden im ZAE (Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen) der PUK Zürich bei 74 Patienten erhoben, wovon 65 ausgewertet werden konnten. Die Stichprobe der Patienten umfasste n=65 Patienten. Damit ist das aus poweranalytischen Gründen formulierte Minimalziel von 64 Patienten erreicht worden.

### 8.2.2 Zusammenstellung der Stichprobe

Die entsprechenden Patienten wurden durch ihre Behandelnden (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Pflegefachperson), durch den Schalterdienst der Methadonabgabe oder durch ein ausgehängtes Blatt (Flyer, vgl. Anhang) angefragt, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten.

Die Patienten oder Behandelnden meldeten sich telefonisch beim Untersucher (Studientelefon). Darauf prüfte der Untersucher mit dem Behandelnden, ob der Patient an der Studie teilnehmen konnte (Erfüllen der Einschlusskriterien und Möglichkeit des Patienten, eine Stunde interviewt zu werden). Bei Interesse des Patienten wurde ein Termin vereinbart.

Der Autor warb ab Juni 2010 bis April 2011 persönlich für die Studie, indem er bei der Methadonabgabe methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, auf die Studie aufmerksam machte, um mit ihnen evtl. einen Termin für die Studie zu vereinbaren. Fünf Interviews wurden zwischen März und Juni 2012 geführt. Die Rekrutierung dieser fünf Patienten geschah in enger Zusammenarbeit mit den direkten Behandelnden der Patienten. Dabei war die genaue Dauer der Substitution im Voraus nicht bekannt, jedoch das Kriterium bzgl. einer minimalen Substitutionsdauer von mindestens sechs Monaten.

Neben den bereits beschriebenen 65 Teilnehmenden und neun von der Studie ausgeschlossenen Teilnehmenden waren weitere 110 Patienten von ihren Behandelnden prinzipiell als geeignet für die Studie eingeschätzt worden, wobei die Behandelnden bei 19 dieser 110 Patienten skeptisch (u. a. wahrnehmen von Terminen) waren. Das heißt, dass 184 Methadonpatienten zu diesem Zeitpunkt (9. März 2012, 14. April 2014) aufgrund des Patientenregisters am ZAE mit der Berücksichtigung der Einschlusskriterien des Alters und der Substitution mit Methadon in Frage kamen, wovon 74 (40.22 %) an der Studie teilnahmen. Acht wurden ausgeschlossen. Die Patientendaten eines Patienten konnten nicht ausgewertet werden, da das OPD-Interview durch den Patienten abgebrochen wurde.

184 Patienten	in Frage kommende Patienten
▼	
165 Patienten	für Studie geeignete Patienten
▼	
110 Patienten	Patienten, mit denen kein Interview durchgeführt wurde
▼	
74 Patienten	Teilnahme an Studie
▼	
8 Patienten	wegen Ausschlusskriterien nicht berücksichtigte Teilnehmende
▼	
1 Patient	Ausschluss wegen abgebrochenem OPD-Interview
▼	
65 Patienten	ausgewertete Patientendaten, Stichprobe der Studie
51 Patienten	Anzahl Patienten 1. Selektionsabschnitt November 2009 bis April 2011
8 Patienten	Drop-out 1. Selektionsphase
▼	
5 Patienten	Anzahl Patienten 2. Selektionsabschnitt März bis Juni 2012
▼	
16 Patienten	Anzahl Patienten 3. Selektionsphase März bis November 2014
1 Patient	Drop-out 3. Selektionsphase

Anschliessend wird kurz auf die Gründe der Nicht-Beurteilbarkeit eingegangen:

Ein Patient zeigte im Interview deutliche kognitive Einschränkungen, so dass die Rater sich im Rating unsicher waren. Stringent müsste dieser Patient in den Bereichen der Struktur nämlich zumindest als teilweise desintegriert eingeschätzt werden. Die Rater waren aber unsicher, ob dies durch eine strukturelle Schwäche, durch einen jahrelangen Substanzkonsum oder durch seine bewusstseinsbeeinflussende Medikation beeinflusst wurde. Diese Gründe waren vor der Untersuchung (Interview und Fragebogenerhebung) weder durch die Einschätzung der Behandelnden noch durch eine kurze klinische Einschätzung eruierbar.

Bei einem weiteren Patienten war die Methadondosis in den vergangenen Wochen nicht konstant. Er zeigte während der Interviewsituation Entzugssymptome und war wegen geringer Stimmungsregulation von den konfrontierenden Fragen überfordert. Dies wiederum beeinflusste auch das Verhalten des Interviewers, so dass die meisten der Ratings mit „nicht beurteilbar“ eingeschätzt wurden. Die beiden Teilnehmenden wurden aufgrund der für diese Arbeit zentralen Ergebnisse der OPD für die weiteren Fragestellungen ausgeschlossen.

Ein Patient brach das OPD-Interview nach ca. zehn Minuten ab, da ihm der Inhalt des Interviews zu persönlich sei und er sich in der Interviewsituation nicht wohl fühle. Er machte von der in der Einverständniserklärung erwähnten Möglichkeit Gebrauch, das OPD-Interview vorzeitig abubrechen. Er wurde aus der auszuwertenden Stichprobe ausgeschlossen.

Die Daten von sechs Patienten wurden ausgeschlossen, weil die Patienten zwar eine mindestens fünf Jahre dauernde Methadonsubstitution hatten, die aber unterbrochen und seit weniger als sechs Monaten wieder aufgenommen hatten. Sie waren bereits mehr als fünf Jahre heroinabhängig (vgl. Einschlusskriterien).

Diese sechs Teilnehmenden konsumierten zwar seit mehr als fünf Jahren Heroin und hatten vor mehr als fünf Jahren die erste Methadonsubstitution gehabt. Sie waren aber erst seit weniger als sechs Monaten wieder mit Methadon substituiert (Unterbruch der Methadonsubstitution oder zwischenzeitliche Substitution mit Subutex). Dieses Einschlusskriterium wurde explizit nicht vor der Teilnahme der Studie erfragt, erst nach dem OPD-Interview in den Fragen zu weiteren Patientenmerkmalen. Es wurde das Ziel verfolgt, dass der OPD-Interviewer das Interview möglichst unvoreingenommen durchführen konnte. Deshalb wurden diese sechs Patienten nachträglich aus der Studie ausgeschlossen. Bei den meisten dieser sechs Patienten handelte es sich um Personen, die an der Medikamentenausgabe rekrutiert wurden. Sie wurden von ihren Behandelnden als für die Studie geeignet eingestuft.

Zu Beginn dieser Interviews wurde davon ausgegangen, dass die Patienten die Einschlusskriterien erfüllten. Es zeigte sich erst bei den *weiteren Patientenmerkmalen*, dass sie erst vor weniger als sechs Monaten die Substitution wieder aufgenommen hatten.

Die 74 Interviews wurden geratet. Dabei wurden die consent (gemeinsame) ratings bei zwei Interviews als nicht beurteilbar eingeschätzt.

### 8.2.3 Beschreibung der Interviews

Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Auswahl der Interviews, respektive darauf, warum Interviews nicht stattgefunden haben.

Tabelle 1: Charakterisierung der Interviews

Anzahl durchgeführter Interviews	74
Anzahl nicht durchgeführter Interviews	102
Interviewer S. Leuzinger	71
Interviewer H. Himmighoffen	3

Es wurden 74 Interviews durchgeführt. Die 102 nicht durchgeführten Interviews waren einerseits Termine, die zwar vereinbart, aber wegen Nicht-Anwesenheit der Patienten nicht durchgeführt werden konnten. Andererseits konnte ein anderer Teil nicht teilnehmen, weil sie Ausschlusskriterien aufwiesen, von ihren Behandelnden für die Studie nicht als geeignet erachtet wurden oder das Interesse an der Studie verloren.

Die beiden Interviewer führten entsprechend ihrer Involviertheit in die Studie eine unterschiedliche Anzahl Interviews durch. Die Arbeit wurde mit zwei Interviewern geplant. Die Verteilung der Interviews auf die beiden Interviewer ergab sich im Laufe der Datenerhebung. Bei den Gründen für das Nichtzustandekommen von Interviews fällt auf, dass mehrere Patienten, die angefragt wurden, nicht an der Studie interessiert waren. Diese und ähnliche Begründungen der Patienten scheinen v. a. deshalb genannt worden zu sein, weil die Rekrutierung in einer zweiten Rekrutierungsphase am Medikamentenausgabeschalter erfolgte. Es ist aber auch vorgekommen, dass Patienten, mit denen Termine vereinbart wurden, das Interesse an der Teilnahme verloren und nicht zum Interview erschienen. Mit einer Gruppe von Patienten konnte kein Interview durchgeführt werden, weil sie nicht den Kriterien der Teilnahme entsprachen, z. B. weil sie eine Diagnose hatten, die zu den Ausschlusskriterien gehörte. Die nicht auswertbaren Daten zeigten sich v. a. bei der Rekrutierung via Medikamentenausgabeschalter deutlich. Am Medikamentenausgabeschalter war die Kontrolle der Einschlusskriterien geringer.

### 8.3 Ablauf der Untersuchung

Die Patienten erhielten eine kurze Beschreibung mit Informationen über Ziel und Zweck der Studie, Ablauf der Befragung, Zusicherung der Anonymität, Vertraulichkeit und Bezahlung. Die Patienten hatten die Studieninformation gelesen und unterschrieben in einem informed consent, dass sie die Studieninformation gelesen hatten und damit einverstanden waren. Ebenso unterschrieben sie eine Einverständniserklärung, dass Videoaufnahmen gemacht werden können (vgl. Anhang). Nach vollendeter Untersuchung wurde der Patient für seinen Aufwand mit Fr. 20.- entschädigt.

#### *Durchführung der OPD-2*

Die Daten (Interviews) wurden von Dr. med. Holger Himmighoffen und dem Autor erhoben (auf Video aufgezeichnet) und geratet. Die beiden Ratings (von Dr. med. Holger Himmighoffen und dem Autor, Dr. med. Holger Himmighoffen und Dr. phil. Caroline Dreher, Dr. phil. Heinz Hunziker und dem Autor) wurden danach verglichen und vereinheitlicht. Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität war geplant, dass eine weitere Person eine Stichprobe der Interviews ratet. Bei allen Untersuchern handelte es sich um geübte OPD-Rater. Dieses Vorgehen ermöglichte es, dass die Untersucher zum Zeitpunkt des Interviews wenige Vorinformationen (psychodynamische Diagnosen, psychodynamisches Vorwissen bzgl. den teilnehmenden Patienten, Wissen bzgl. der Einstellung zur Methadonsubstitution) hatten, welche das Interview hätten beeinflussen können.

### 8.4 Überlegungen zur Stichprobengrösse

Es soll aus einer Population von die Einschlusskriterien erfüllenden Patienten eine bestimmte Anzahl rekrutiert werden. Diese Anzahl wird durch eine Poweranalyse oder andere Überlegungen begründet.

Aufgrund einer annähernden Repräsentativität der Stichprobe verglichen mit der von Hunziker und Boesch (2008) untersuchten Stichprobe betreffend der MEI-40-Skalen wurde ursprünglich eine Stichprobe von 50 Patienten angestrebt. Ursprünglich waren die *Methadonablehner* im Fokus der Studie, was im Laufe der Arbeit aufgegeben wurde. Rund ein Drittel der Patienten sollten in einer 3-Clusterlösung ( $n=50$ ) ähnliche Werte wie in der Stichprobe von Hunziker und Boesch ( $n=125$ ) in den MEI-Skalenwerten aufweisen. Die erste Schätzung der Stichprobengrösse hat ein  $n$  von ca. 80 gegeben. Unter der Annahme, dass die prozentualen Patientenanteile in den drei Clustern vergleichbar mit der Stichprobe von Hunziker & Boesch (2008) ausfallen, wurde geschätzt, wie viele Patienten untersucht werden müssen, damit das

Cluster der Methadonablehner (ca. 30 % der Population) für die Hypothesenprüfung genügend gross wird. Wenn das Cluster  $n=18$  betragen soll, müssten 60 Patienten untersucht werden (beim absoluten Minimum  $n=15$  müssten 50 Patienten untersucht werden). Zur Absicherung der Hypothese bei einer geringen Effektstärke müssten schätzungsweise bei einer benötigten Clustergrösse von  $n=24$  80 Patienten untersucht werden. Dies war der Kenntnisstand vor der Datenerhebung.

### *Zwischenauswertung und Poweranalyse*

Im Rahmen der fortlaufenden Datenerhebung zeigte sich, dass wegen der geringen Interrater-Reliabilität eine Poweranalyse relativ gering ausgefallen wäre. Aus diesem Grund wurde die Stichprobengrösse angepasst (vgl. Bortz, 1993, S. 121). Dabei wurde der gewünschte Zusammenhang zwischen der Einschätzung der psychischen Struktur (OPD) und der Einstellung zur Substitutionsbehandlung mit Methadon bei Patienten, die sich in Substitutionsbehandlung mit Methadon befinden, berechnet.

### *Zusammenfassung der Resultate nach $n=50$*

#### *1. Korrelationen mit den Skalen des Methadon-Einstellungs-Inventars (MEI-40)*

Tabelle 2 zeigt die Korrelation der OPD-Gesamtstruktur-Skala mit den Skalen des MEI-40. Die stärkste Korrelation besteht zwischen der OPD-Gesamtstruktur-Skala und der Skala für den Sekundärfaktor „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“ des MEI-40 ( $r=-0.25$ ;  $p=0.08$ ). Der Tendenz nach sind also besser strukturierte Patienten auch eher innerhalb der Substitutionsbehandlung rehabilitationsorientiert (oder schlechter strukturierte sind weniger rehabilitationsorientiert). Dieser Befund zeigt in die Richtung der Hypothese, dass die psychische Struktur einen Zusammenhang mit der Einstellung zur Methadonsubstitution aufweist.

Tabelle 2: Korrelation der MEI-40-Skalen mit der OPD-Gesamtstruktur-Skala

MEI-40-Skalen:	A	r	p
Methadon-Abbau-Orientierung [PF1]	0.74	-0.05	0.69
Methadon-Tiefdosis-Orientierung [PF2]	0.77	-0.07	0.59
Methadon-Substitutions-Orientierung [PF3]	0.64	-0.21	0.14
Methadon-Substitutions-Skepsis [PF4]	0.69	0.10	0.47
Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung [PF5]	0.61	0.19	0.18
Methadon-Entzugs-Orientierung [SF1]	0.75	0.05	0.72
Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung [SF2]	0.71	-0.25	0.08

PF=Primärfaktor; SF=Sekundärfaktor



## 2. Empfehlung für die Optimierung der Stichprobengrösse

Die Effektstärke (Korrelationskoeffizient) ist also bekannt ( $r=-0.25$ ;  $p=0.08$ ). Daraus lässt sich nun berechnen, wie gross die Stichprobe (aktuell  $n=50$ ) sein muss, damit die formulierten Zusammenhangs- oder Unterschiedshypothesen signifikant angenommen werden können. Die Frage lautet also: Wie gross muss die Stichprobe im Minimum sein, damit die Korrelation von 0.25 signifikant wird?

*Schätzung der optimalen Stichprobengrösse  $n$  (Bortz, 1993, S. 121):*

$$n = (Z_{1-\alpha} - Z_{\beta})^2 / \varepsilon^2$$

$$\alpha = 0.05 \quad Z_{1-\alpha} = 1.65$$

$$\beta = 0.2 \quad Z_{\beta} = -0.84$$

$$\varepsilon = \text{Effektstärke} = r = 0.25$$

$$n = (1.65 - (-0.84))^2 / 0.25^2$$

$$n = 6.20 / 0.0625 = 99.2$$

Unter der Annahme, dass  $\beta=0.2$  (die Teststärke also 0.8 ist) müsste die Stichprobe  $n=99$  Personen umfassen.

Nun besteht aber die Möglichkeit  $\beta$  real bei  $n=49$  und  $\alpha=0.08$  (Signifikanz von  $r=0.25$ ) zu berechnen:

$$Z_{\beta} = Z_{1-\alpha} - \varepsilon * \sqrt{n} = 1.40 - 0.25 * \sqrt{49} = -0.35 \quad [\beta = 0.36; \text{Teststärke} = 1 - \beta = 0.64]$$

Unter dieser Bedingung beträgt der geringste Stichprobenumfang  $n$ :

$$n = (1.65 - (-0.35))^2 / 0.25^2$$

$$n = 64$$

Aus diesen Überlegungen sollte die Stichprobe im Minimum  $n=64$  Patienten betragen, damit die Korrelation zwischen der OPD-Gesamtstruktur-Skala und der „Rehabilitation mit Methadon-Orientierung“-Skala signifikant wird.

*Fazit:* Die ursprüngliche Stichprobengrösse wurde derart gewählt, dass geplant war, dass jeweils mindestens 15 Patienten in den Gruppen vorhanden sein würden, um sie mit der Stichprobe von Hunziker und Boesch (2008) zu vergleichen. Zu Beginn der Untersuchung bestanden nicht genügend Angaben zur Durchführung einer Poweranalyse (fehlende Werte zu Effekten von Einstellung (MEI-40) und Gesamtstruktur (OPD)). Deshalb wurde eine Zwischenauswertung durchgeführt. Diese Poweranalyse ergab, dass noch mindestens 14 zusätzliche Patienteninterviews geführt werden sollten.

## 8.5 Datenmanagement

Die Daten wurden in eine Eingabemaske des Statistik-Software-Pakets SPSS (Version 19.0) eingegeben.

*OPD:* Die OPD-Daten wurden entsprechend des Auswertungsbogens in Kategorien gemäss dem OPD-2 in die Eingabemaske des SPSS eingegeben. Diese enthielten also die Einschätzung der Konfliktachse (in Bezug auf die sieben Konflikte, den Haupt- und den Zweitkonflikt, sowie den Modus des Hauptkonflikts). Die Struktur wurde durch die Unterteilung der Strukturachse in Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs, Kommunikation nach innen und nach aussen und Bindung an innere und äussere Objekte unterteilt.

Dabei wurden bei der Konfliktachse die Werte sehr bedeutsam (3), bedeutsam (2), vorhanden (1) und nicht vorhanden (0) eingegeben. Zudem wurde der Haupt- und der Zweitkonflikt bestimmt und der Modus des Hauptkonflikts 1 (passiv), 2 (gemischt, eher passiv), 3 (gemischt, eher aktiv) und 4 (aktiv) angegeben. Bei der Strukturachse wurden die Variablen mit gut (1), mässig (2), gering (3) oder desintegriert (4) angegeben. Bei der Strukturachse waren ebenfalls die Werte 1.5, 2.5 und 3.5 möglich, wenn der Eindruck des Ratings nicht den oben genannten ganzzahligen Werten entsprach. Wenn der zu beurteilende Konflikt oder die zu beurteilende Struktur nicht eingeschätzt werden konnte, wurde der Wert 9 (nicht beurteilbar) angegeben und als fehlender Wert (missing value) in die statistische Auswertung einbezogen. Das Datenfile war so gestaltet, dass bei den verschiedenen Konflikt- und Strukturvariablen jeweils die Werte des einzelnen Raters eingegeben wurden, anschliessend wurde das Konsensrating eingegeben. *MEI-40:* Der Wertebereich (1, 2, 3, 4) der 40 Items des MEI-40 wurde entsprechend den Items in numerischer Abfolge in die Datenmaske eingegeben.

*Alter:* Das Geburtsdatum wurde mit dem Studientermin verglichen, davon wurden die vollendeten Altersjahre berechnet.

*Geschlecht:* Dies wurde als nominal skalierte Variable (männlich [1] versus weiblich [2]) eingegeben.

*Alter beim Erstkonsum:* Dies wurde entsprechend dem im Interview erfragten Angaben für weitere Patientenmerkmale in die Datenmaske eingegeben (in Jahren).

*Alter bei der ersten Methadon-Substitutionsbehandlung:* Ebenso wurden diese Angaben für weitere Patientenmerkmale in die Datenmaske eingegeben (in Jahren).

*Ambulant öffentliche Institution versus teilstationäre öffentliche Institution:* Diese nominal skalierte Variable wurde mit ambulante Behandlung (1) oder teilstationäre tagesklinische Behandlung (2) in die Datenmaske eingegeben.

*Aktuelle Methadondosis:* Die Höhe der Methadondosis wurde für den Befragungszeitpunkt in mg pro Tag erhoben.

*Dauer der aktuellen Methadonbehandlung:* Anzahl Monate, in denen der Patient ohne Unterbruch durch Methadon substituiert wurde.

*Heroinkonsum:* Die dem „Addiction Severity Index“ (ASI) (McLellan et al., 1992) entnommene Variable, die die Anzahl Tage mit Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen vor dem Befragungszeitpunkt erfragte, wurde in eine vereinfachte Variable mit folgenden Kategorien überführt: 1. Kein Heroin konsumiert, 2. Heroin konsumiert (in den letzten 30 Tagen).

*Alter bei erster psychiatrischer Behandlung:* Diese Variable bezog sich auf das Alter bei Aufnahme der ersten psychiatrischen, auch kinderpsychiatrischen Behandlung (in Jahren).

*Art der Gespräche:* In dieser Variable wurde erfragt, ob es sich bei den aktuellen Gesprächen eher um kurze Gespräche (bezogen auf die Befindlichkeit) (1) oder um lange Gespräche (Psychotherapie) (2) handelte. Es war eine relativ subjektive Aussage des Patienten, die sich auf die aktuelle Behandlung bezog, frühere (psychotherapeutische) Behandlungen wurden dabei nicht berücksichtigt.

*ICD-10-Substanzdiagnose:* Diese Variable entsprach der Substanzdiagnostik, die im ZAE der PUK Zürich gemacht wurde und nach dem Interview der klinikinternen Datenbank entnommen wurde. Die eingegebenen Werte richteten sich nach der ICD-10. Vor der Datenerhebung war nur die Diagnose 11.22 bekannt.

*Zusätzliche Medikation:* Dies wurde als nominal skalierte Variable (0) keine Medikation und (1) Medikation eingegeben. Dabei wurden folgende Medikamente berücksichtigt: Antidepressiva, Antipsychotika, Hypnotika (v. a. Benzodiazepine), Stimulanzien, Antiepileptika, Anti-craving-Medikation (z. B. Disulfiram, also Antabus), HIV-Medikation, HCV-Medikation und andere somatische Medikamente. Die Zusatzmedikamente wurden in dieser Arbeit nicht numerisch ausgewertet. Sie sollen Faktoren darstellen, welche in den Ergebnissen der OPD zu berücksichtigen sind. Ein Konflikt oder eine Struktur kann durch ein Medikament beeinflusst werden.

Die Kontrolle der Daten erfolgte, indem aus dem Datenset eine Stichprobe (Daten von zehn Patienten) genommen wurde, um nach systematischen (repetitiven) Fehlern zu suchen. In den Daten zeigten sich bei den OPD-Ratings acht Fehler, bei den weiteren Patientenmerkmalen vier Fehler und bei den MEI-40 Daten zwei Fehler. Deshalb wurden anschliessend alle OPD-Ratings und alle Daten zu weiteren Patientenmerkmalen nochmals durch Vergleich mit den Daten auf ihre Übereinstimmung geprüft. Dabei wurden nochmals fünf Werte korrigiert. Zu-

dem wurden die Patientendaten des MEIs, bei denen Fehler aufgetreten waren, mit dem Datenset verglichen.

## 8.6 Auswertungsplan

### 8.6.1 Allgemeines Vorgehen

Die Charakterisierung der Stichprobe erfolgte deskriptiv. Die Unterschiedshypothesen in Bezug auf Patientengruppen (normale und niedrige Gesamtstruktur) und Einstellungsdimension zum Methadon wurden mit non-parametrischen Verfahren, z. B. Rangkorrelationen geprüft. Nonparametrische Korrelationen wurden bei kategorialen und ordinalen Variablen bei einer kleinen Stichprobe ( $n=65$ ) angewendet. Die MEI-Daten waren intervallskaliert, die OPD-Daten ordinalskaliert und die Daten zu weiteren Patientenmerkmalen intervallskaliert (wie Alter) oder kategorial (wie ambulant vs. teilstationär).

### 8.6.2 OPD

Da das Design generell für zwei Ratergruppen gewählt wurde, hatte die spezifische Raterkombination keinen Einfluss auf diese Arbeit. Diese ungleiche Verteilung ist in anderen Studien zur OPD auch in dieser Art geschehen (vgl. Pieh et al., 2009).

Die vier zu Beginn gestellten Fragen im Konfliktrating zur Beurteilung der Konflikte müssen streng genommen alle mit Nein beantwortet werden, um die weiteren Konflikte beantworten zu können (Ausschluss, wenn Konfliktrating nicht möglich ist, aufgrund Vorhandensein von Konfliktschemata, aufgrund abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung, oder konflikthafter Belastung). Die Ergebnisse wurden in Häufigkeitstabellen dargestellt und beschrieben (siehe Kapitel 9, Ergebnisse). Als Reliabilitätsmaß zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden das Kappa und das gewichtete Kappa (weighted kappa) verwendet.

*Cohen's Kappa*, ein Koeffizient, ist ein statistisches Maß zur Berechnung der Interrater-Reliabilität für kategoriale Items. Normalerweise ist es ein robusteres Maß als die prozentuale Übereinstimmung, da das Kappa die zufällige Übereinstimmung berücksichtigt. Kappa wird als konservatives Maß der Übereinstimmung verwendet (Cohen, 1960). Cohen's Kappa misst die Übereinstimmung, die jeweils Items in Kategorien beinhaltet (Cohen, 1960).

$Pr(e)$  ist die relativ beobachtete Übereinstimmung zwischen den Ratern und  $Pr(e)$  ist die hypothetische Möglichkeit der zufälligen Übereinstimmung der beobachteten Daten, um die Möglichkeiten jeder Kategorie zu berechnen. Wenn die Rater völlig miteinander übereinstimmen

ist das Kappa 1. Bei keiner Übereinstimmung zwischen den Ratern oder was zufällig erwartet wird, ist Kappa 0 (Cohen, 1960).

Das *gewichtete Kappa* (*weighted kappa*) zählt Nichtübereinstimmungen unterschiedlich. Es beinhaltet die drei Matrizen, die Matrix der beobachteten Scores, die Matrix der erwarteten Scores basierend auf Zufallsübereinstimmung und der gewichteten Matrix. Zellen der gewichteten Matrix zeigen sich in der Diagonale (oben links bis unten rechts) die Übereinstimmung und beinhalten zusätzlich Nullen. Ausserhalb der Diagonale liegende Zellen beinhalten Gewichte, welche die Echtheit (*seriousness*) dieser Nicht-Übereinstimmung anzeigen (Cohen, 1968; Bakeman & Gottman, 1997). Das gewichtete Kappa berechnet sich folgendermassen:

$$\kappa = 1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} x_{ij}}{\sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^k w_{ij} m_{ij}}$$

Bei der Anzahl Codes ( $k$ ) sind  $w_{ij}$  und  $m_{ij}$  Elemente im Gewicht, der beobachteten und erwarteten Matrizen. Wenn die Zellen auf der Diagonale Gewichte von 0 und alle Zellen ausserhalb der Diagnose Gewichte von 1 aufweisen, gibt diese Formel denselben Wert wie in der obigen Kappaberechnung (Shrout & Fleiss, 1979). Es wurden folgende Interpretationen vorgelegt (vgl. Wirtz & Caspar, 2002):

Tabelle 3: Interpretation der Werte des Kappas

Kappa	Interpretation
$\text{Kappa} \leq 0.2$	gering
0.2 – 0.4	ausreichend
0.4 – 0.6	mässig
0.6 – 0.8	gut
0.8 – 1	sehr gut

### 8.6.3 Typische Einstellungen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

Die Verteilungskennwerte wurden in Tabellen dargestellt und beschrieben (vgl. Kapitel, inferenzstatistische Auswertung, Hypothesenprüfung). Bei der deskriptiven Auswertung der 40 Einstellungs-Items des MEI-40 wurden die Items bezüglich ihrer Verteilungen beurteilt. Es wurden die Kennwerte Mittelwert (M) und die Standardabweichung (SD) bestimmt.

#### *Reliabilität der Einstellungsskalen*

Die Reliabilitätsmasse der Einstellungsskalen wurden durch die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) bestimmt.

### *Einstellungsskalen (Skalen)*

Die Skalen des MEI-40 wurden aus der nachfolgend dargestellten Arbeit von Hunziker & Boesch (2008) übernommen und auf ihre Ähnlichkeit geprüft.

#### 8.6.4 Typische Einstellungsdimensionen zum Methadon und zur Substitutionsbehandlung mit Methadon

##### *Einleitung*

Wie in der Arbeit von Hunziker und Boesch (2008) wurden in bestimmte typische Einstellungsdimensionen mittels Faktorenanalyse unterschieden. Dies, als klar wurde, dass die Reliabilität des Instruments allenfalls durch eine Reduktion der Skalen verbessert werden könnte.

##### *Anzahl relevanter Dimensionen (Skalen)*

Mittels Faktorenanalyse wurden Einstellungsdimensionen mit einer möglichst grossen Aufklärung der Varianz der zugrunde liegenden Struktur der Korrelationsmatrix aller Items gesucht (s. u.). Mittels Hauptachsen-Faktorenanalyse werden die einzelnen Items des MEI-40 verschiedenen Faktoren extrahiert und zugeordnet. Mittels Faktorenanalyse werden Faktoren extrahiert, um eine sinnvolle rotierte Faktorenmatrix und eine möglichst hohe Reliabilität zu erreichen.

#### 8.6.5 Weitere Patientenmerkmale

Die weiteren Patientenmerkmale wurden mit Häufigkeitstabellen dargestellt, wobei der Mittelwert (M), der Median und die Standardabweichung (SD) bedeutend sind. Bei binominalen Variablen wurden die kategorialen Ausprägungen mit Prozentangaben dargestellt.

#### 8.6.6 Hypothesenprüfung

Im Rahmen der Hypothesenprüfung wurden die Ausprägungen auf den relevanten Achsen der OPD (Konflikt oder Struktur) in Kreuztabellen aufgelistet. Danach wurden die Patientendaten anhand von Tests bei den zu interessierenden Skalen auf ihre Unterschiede getestet.

#### 8.6.7 Weitere Patientenmerkmale und Gruppenzugehörigkeit

Die weiteren Patientenmerkmale (z. B. Alter) wurden zwischen den beiden Gruppen auf ihre Unterschiede geprüft. Dabei kamen der  $\chi^2$ -Test, Korrelation (Pearson) oder Rangkorrelation (Spearman) zum Einsatz.

#### 8.6.8 Vorgehen zur Hypothesenprüfung

Die Hypothesen sollen prüfen, inwiefern die Patienten aufgrund ihrer Gesamtstruktur sich in ihren Einstellungsdimensionen zum Methadon (vgl. Hunziker & Boesch, 2008) unterscheiden. Dabei sollen auf Ebene des OPD bei den Patienten die Gesamtstruktur ermittelt werden. Die ermittelten Einstellungsdimensionen des MEI-40 sollen zwischen den Patienten verglichen werden, um auf den Zusammenhang zwischen Gesamtstruktur (OPD) und den Einstellungsdimensionen zu schliessen.

Zur Hypothesenprüfung werden die Patienten aufgrund ihrer Gesamtstruktur in zwei Gruppen in normale (Gesamtstruktur 1, 1.5 und 2) und niedrig strukturierte (Gesamtstruktur 2.5, 3, 3.5, 4) Patienten geteilt. Damit sollen aus psychodynamischer Sicht Unterschiede zwischen normal (neurotisch) strukturierten und niedrig strukturierten Patienten (Patienten mit Borderline-Niveau) gefunden werden.

## 9. Ergebnisse

### 9.1 Stichprobenbeschreibung

#### *Beschreibung der Patientenstichprobe bezüglich der Repräsentativität*

Als Grundlage zur Beurteilung der Repräsentativität der Stichprobe zeigt Tabelle 4 die Verteilungs-Kennwerte der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungseinrichtung in der Stichprobe und zum Vergleich bei den Patienten im Kanton Zürich, respektive bei der Behandlungsform im ZAE.

Tabelle 4: Kennwerte der Stichprobe

Variable	Stichprobe		Kanton ZH	
Alter (Jahre)	M = 38.03	SD = 5.981	M = 40.0*	SD = 8.7*
Geschlecht	27.69 % weiblich	72.30 % männlich	29.9 % weiblich	70.1 % männlich
Behandlungsform	89.23 % ambulant	10.76 % teilstationär		

\*Substitutionsbehandlungen Kanton Zürich (Carlos Nordt, persönliche Mitteilung, 22.03.2013)

Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 38 Jahre alt. 27.7 % der Befragten waren weiblich, 72.3 % männlich. Damit waren die weiblichen Teilnehmenden (28 %) im Vergleich zur Verteilung im Kanton (30 %) leicht untervertreten, im Altersvergleich war die Stichprobe im Vergleich zu den Methadonpatienten des Kantons ca. zwei Jahre jünger. Angaben bzgl. der Substitutionsbehandlungen beziehen sich nicht nur auf Methadon, sondern auch auf Buprenorphin (Subutex). Die Zahl der Substitutionsbehandlungen mit Methadon war 2010 ca. neunmal grösser als die mit Buprenorphin (Subutex). Die Angaben sind deshalb ausreichend zur Beschreibung. 89.2 % der Patienten waren im ZAE in ambulanter Behandlung, 10.8 % wurden im teilstationären tagesklinischen Setting behandelt, das auch zum ZAE gehört. Dies entsprach etwa der Verteilung der Fallzahlen der Behandlungsformen ambulant versus teilstationär des ZAE.

### 9.2 Ergebnisse der deskriptiven Auswertung

#### *Beschreibung der Stichprobe bezogen auf die OPD*

Zuerst wird die Patientenstichprobe (n=65) genauer beschrieben. In Kapitel 9.1 ist bereits über die Verteilungskennwerte der Variablen Alter, Geschlecht und Behandlungsform berichtet worden. In Tabelle 5 wird die Behandlungsform anhand der Behandlungsinstitution (ZAE) spezifiziert. Zudem werden die Mittelwerte, der Median und die Standardabweichung der weiteren Variablen aufgeführt. Es sind dies Alter bei Heroin-Erstkonsum, Anzahl Tage mit



Heroinkonsum in den letzten 30 Tagen und ICD-10-Code der Substanzstörung (siehe Anhang).

Eine detaillierte Beschreibung ist im Anhang zu finden, Tabelle 4: Kennwerte zu Variablen.

Tabelle 5: Variablen zum Heroinkonsum

Variable	M	Median	SD
Alter bei Heroin-Erstkonsum (J)	18.46	17	5.25
	Konsum		Kein Konsum
Heroinkonsum letzte 30 Tage	ja: 26 (40 %)		nein: 39 (60 %)

Die Patienten waren beim Heroin-Erstkonsum durchschnittlich 18.46 Jahre alt. Im Gegensatz zu allen anderen Variablen fehlte bei einem Patienten dieser Wert. 26 Patienten (40 %) gaben an, dass sie in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert hätten. Die genaue Anzahl Tage mit Heroinkonsum und die genauen Substanzdiagnosen sind im Anhang zu finden. 25 %, d. h. 16 Patienten wiesen eine Heroinabhängigkeit mit einer Substitution als alleinige Diagnose auf. 14 %, d. h. neun Patienten wurden nur durch Methadon und keine weiteren Medikamente pharmakologisch behandelt.

Tabelle 6: Variablen in Bezug auf die Behandlung

Variable	M	Median	SD
Alter bei erster Methadonsubstitution (J)	25.73	24	7.10
Aktuelle Methadondosis (mg)	116.40	80	98.05
Dauer der aktuellen Behandlung (Mt.)	75.50	60	64.70
Alter bei erster psychiatrischer Behandlung (J)	22.95	22	9.37
Art der Gespräche	kurz		lang
	46 (70.77 %)		19 (29.23 %)

Die Patienten waren bei der ersten Methadon-Substitutionsbehandlung im Durchschnitt 25 Jahre alt. Ihre tägliche Methadondosis betrug zum Zeitpunkt des Interviews durchschnittlich 116.40 mg pro Tag. Die Dauer der aktuellen Substitutionsbehandlung betrug durchschnittlich rund 75.5 Monate. Das Durchschnittsalter bei der ersten psychiatrischen Behandlung, ob Klinikaufenthalt oder ambulante Behandlung bei einem Psychiater, betrug rund 23 Jahre. 19 Patienten (29 %) wurden von ihren Bezugspersonen (Ärzte, Psychologen, Pflege oder Sozialarbeiter) in einem psychotherapeutischen Setting mit jeweils langen Gesprächen regelmässig betreut, 46 (71 %) der Patienten führten mit ihren Bezugspersonen kurze Gespräche. Entscheidend, ob es sich um kurze Gespräche oder Psychotherapie handelte war, ob es sich eher um kurze, alltagsbezogene Inhalte handelte oder um tiefer liegende Inhalte. Dies wurde unter „Art der Gespräche“ erfragt. Es spielte aber in dieser Arbeit keine zentrale Rolle. Die Art der Gespräche war auf die aktuelle Situation bezogen, d. h., dass frühere Phasen in der Behand-

lung anders (z. B. psychotherapeutisch) ausgerichtet sein konnten. Im Rahmen dieser Arbeit konnte also keine Aussage darüber gemacht werden, ob es sich z. B. bei den Patienten, die derzeit kurze Gespräche führten, v. a. wegen der Methadon- und Medikamentenabgabe betreut oder ob sie in einer früheren Behandlungsphase psychotherapeutisch betreut wurden.

### 9.3 Ergebnisse der OPD

#### 9.3.1 Güte der Untersuchung

#### 9.3.2 Objektivität

Unterschiedliche Einschätzungen im OPD-Rating gehen mit einer niedrigen Validität und Objektivität einher. Im Konsensrating wird mit diesem Problem so umgegangen, dass die Rater sich verständigen, welches der angemessenste Wert ist. Der Wert ist dann das Konsensrating. Auf einer inhaltlichen Ebene lassen sich die Ergebnisse dann interpretieren. Bei stark unterschiedlichen Einschätzungen der beiden Rater sind diese wissenschaftlichen Schwächen vorhanden. Das Problem der niedrigen Interrater-Reliabilität hängt mit den in Kapitel 12.6 beschriebenen Einschränkungen zusammen.

#### 9.3.3 Reliabilität

Tabelle 7: Interrater-Reliabilität der Konfliktachsen

	Kappa	gew. Kappa	Prozent	Interpretation
Individuation vs. Abhängigkeit	.159	.355	43.85	gering
Unterwerfung vs. Kontrolle	.189	.318	45.61	gering
Versorgung vs. Autarkie	.162	.368	38.59	gering
Selbstwertkonflikt	.180	.343	23.57	gering
Schuldkonflikt	.248	.277	49.12	ausreichend
Ödipaler Konflikt	.004	.021	71.92	gering
Identitätskonflikt	.431	.551	73.68	mässig
Hauptkonflikt	.311	.298	54.4	ausreichend
Zweitkonflikt		.202	38.6	ausreichend
Haupt- und Zweitkonflikt	.512	.510	28.1	mässig

Angaben %: prozentuale Übereinstimmung

Grösstenteils sind die Konfliktratings nicht reliabel. Reliabel sind die Resultate des Identitätskonflikts, des Haupt- und des Zweitkonflikts. Zudem ist die Reliabilität des Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikts und des ödipalen Konflikts gering ausgefallen. Diese zwei Konflikte werden deshalb fortan nicht mehr aufgeführt. Aufgrund geringerer Reliabilität des Erst- und des Zweitkonflikts wurden die beiden Konflikte zusammengefasst und in ein neues Merkmal „Hauptkonflikt/Zweitkonflikt“ zusammengefasst, um eine mittlere Reliabilität zu erreichen,

mit der weiter gerechnet werden kann (Gruppenvergleiche etc.) und mit den gefundenen Konflikte mit anderen Studien verglichen werden können. Es handelt sich dabei um die Reliabilität der beiden Konflikte, unabhängig in welcher Reihenfolge sie als Haupt- und Zweitkonflikt genannt wurden. Der Kappawert wurde aus zweimal 57 Konfliktpaaren, also aus 114 Konflikten berechnet, d. h. zwei Konflikte pro Patient.

Beim Modus des Hauptkonflikts sind die Angaben des Kappas, des gewichteten Kappas und der prozentualen Übereinstimmung wenig sinnvoll, da dies nur dort eingeschätzt werden kann, wo der Hauptkonflikt gleich ist. Dies sind dann zu wenige Fälle. Dieselben Schwierigkeiten würden sich auch für das Kappa beim Zweitkonflikt zeigen, welches hier aber nicht eingeschätzt wurde.

Tabelle 8: Interrater-Reliabilität der Strukturachsen

	Kappa	gew. Kappa	Prozent	Interpretation
Selbstwahrnehmung	.219	.283	60.00	ausreichend
Objektwahrnehmung	.313	.348	64.61	ausreichend
Selbstregulierung	.220	.220	72.30	ausreichend
Regulierung des Objektbezugs	.200	.200	64.06	gering
Kommunikation nach innen	.339	.338	67.69	ausreichend
Kommunikation nach aussen	.320	.347	65.62	ausreichend
Bindung nach innen	.395	.432	70.31	ausreichend
Bindung nach aussen	.375	.376	67.18	ausreichend
Struktur gesamt	.435	.434	73.43	mässig

Die Interrater-Reliabilität der Strukturachsen ist ausreichend bis mässig gegeben. Die Reliabilitätsmasse des Kappas liegen zwischen 0.200 (Regulierung des Objektbezugs) und 0.435 (Gesamtstruktur).

#### 9.3.4 Fazit

Wegen ihrer gesamthaft gesehen eher geringen Reliabilität der Konflikt- und der Strukturachse der OPD können die Daten nur eingeschränkt weiter in einem wissenschaftstechnischen Sinn verwendet werden. Aus den oben genannten Gründen wurden in den OPD-Ratings im Bereich der Konflikte der Identitätskonflikt, der Erst- und Zweitkonflikt und im Bereich der Struktur im Gesamtstrukturniveau zufriedenstellende Reliabilitäten erreicht, die in einem wissenschaftlichen Sinne weiter verwendet werden können. Der Identitätskonflikt scheint inhaltlich weniger bedeutsam zu sein als der Haupt- und der Zweitkonflikt. Deshalb werden aus forschungstechnischer Sicht der Erst- und der Zweitkonflikt und das Gesamtstrukturniveau für eine weitere Verwendung berücksichtigt.

## 9.4 Deskriptive Beschreibung der Ergebnisse der OPD-Interviews

### *Mittelwert (M), Median und Spannweite*

Da die Reliabilitätswerte der Konflikt- und der Strukturachse eher gering ausgefallen sind, müssen die folgenden Ergebnisse kritisch und mit Einschränkungen betrachtet werden. Sie dienen v. a. für den Vergleich mit Werten der Konflikt- und Strukturdimensionen in anderen Studien zur OPD (vgl. Kapitel 13). Anschliessend werden die Werte des Konsensratings der Konflikt- und der Strukturachse deskriptiv und in Tabellen angegeben. Dabei müssen bei der Interpretierbarkeit die oben beschriebenen wissenschaftlichen Einschränkungen berücksichtigt werden. Zudem ergab der Kolmogorov-Smirnov-Test, dass keines der gerateten Konflikt- oder Strukturitems normalverteilt war. Die angegebenen Mittelwerte müssen deshalb mit wissenschaftlichen Einschränkungen betrachtet werden. Da es sich um nicht normalverteilte Daten handelt, wurde die Verteilung im Median und in der Spannweite dargestellt.

Die Ergebnisse der OPD-Interviews sind in den Tabellen 9 und 10 dargestellt.

### 9.4.1 Konfliktachse

Tabelle 9a: Voraussetzungen für die Konflikte

Text	ja	nein	Prozent
Konflikte sind nicht zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt	1	64	98.5 %/1.5 %
Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte, dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata	4	61	93.8 %/6.1 %
Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar	2	63	96.9 %/3.0 %
Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster	1	64	98.5 %/1.5 %

Die Bedingungen zur Beurteilung von Konflikten sind weitgehend gegeben. Wie oben beschrieben, wurden Patienten, bei denen eine Einschätzung nach OPD nicht sinnvoll schien, aus der Stichprobe ausgeschlossen. Patienten, bei denen mindestens eine Frage mit „ja“ beantwortet wurde, wurden auch im Rahmen des Konfliktratings aus der Stichprobe ausgeschlossen. Konkret wurden drei Patienten aufgrund geringer Struktur, zwei aufgrund geringer Konflikt- und Gefühlswahrnehmung, ein Patient wegen konflikthafter Belastung und einer wegen geringer Struktur und fehlender diagnostischer Sicherheit ausgeschlossen (65 minus sieben sind 58, bei einem Patienten sind zwei Ausschlusskriterien mit ja beantwortet). Dies führte dazu, dass sieben Patienten aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden.

Das Konfliktrating von 58 Patienten wurde in die Stichprobe aufgenommen. Bei Ergebnissen zum Hauptkonflikt wurde die Stichprobe wegen Ausschluss des Unterwerfungs- vs. Kontroll-

konflikts und des ödipalen Konflikts (geringe Interrater-Reliabilität) verkleinert. K2 wurde zweimal als Hauptkonflikt eingeschätzt. Bei den abweichenden Werten konnte ein Konflikt nicht eingeschätzt werden.

Wegen der gesamthaft geringen Interrater-Reliabilität werden bei den Ergebnissen zur Konfliktachse keine Mittelwerte oder Werte zur Streuung angegeben.

Tabelle 9b: Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Hauptkonflikt

Hauptkonflikt	Häufigkeit	Prozent
Individuation vs. Abhängigkeit	24	41.4
Versorgung vs. Autarkie	20	34.5
Selbstwertkonflikt	8	13.8
Schuldkonflikt	3	5.2
Identitätskonflikt	1	1.7
Total	56	96.6 2x K2 fallen weg

Tabelle 9c: Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Zweitwichtigster Konflikt

Zweitwichtigster Konflikt	Häufigkeit	Prozent
Individuation vs. Abhängigkeit	4	6.9
Versorgung vs. Autarkie	15	25.9
Selbstwertkonflikt	11	19.0
Schuldkonflikt	6	10.3
Identitätskonflikt	5	8.6
Total	41	70.7 16 x K2 und einmal K6 fallen weg

Bei den Zweitkonflikten fehlen die wegen geringer Reliabilität ausgeschlossenen Konflikte K2 und K6.

Es zeigt sich, dass bei den Konflikten v. a. der Individuations- vs. Abhängigkeits- (1. Konflikt) und der Versorgungs- vs. Autarkie-Konflikt (3. Konflikt) von Bedeutung sind. Der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt wurde mit 28 (43.8 %) und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt 21 (32.8 %) jeweils als Hauptkonflikt eingeschätzt. Beim zweitwichtigsten Konflikt zeigt sich ein ähnliches Bild aber in umgekehrter Reihenfolge und mit mehr Variabilität: Der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt wurde 18-mal (28.1 %) und der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt 4-mal (6.3 %) als zweitwichtigster Konflikt eingeschätzt. Der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt wurde 2-mal als Hauptkonflikt und 16-mal als Zweitkonflikt und der ödipale Konflikt einmal als Zweitkonflikt eingeschätzt.

#### 9.4.2 Strukturachse

In den Items der Strukturachse weisen die Patienten Mittelwerte zwischen 2.19 (Selbstwahrnehmung) und 2.60 (Selbstregulierung) auf. Das heißt, dass sie in der Selbstwahrnehmung beinahe mit einem mässigen Strukturniveau und bei der Selbstregulierung gegen ein geringes

Strukturturniveau eingeschätzt wurden. Die Mediane fallen mit 2 oder 2.5 relativ homogen aus. Die Spannweiten liegen zwischen 1.5 und 2.5.

Tabelle 10a: Struktur-deskriptive Auswertung

	M	Median	Spannweite
1a: Selbstwahrnehmung	2.19	2	2
1b: Objektwahrnehmung	2.31	2.5	1.5
2a: Selbstregulierung	2.60	2.5	1
2b: Regulierung Objektbezug	2.45	2.5	1.5
3a: Kommunikation nach innen	2.22	2.0	1.5
3b: Kommunikation nach aussen	2.25	2.5	1.5
4a: Bindung innere Objekte	2.40	2.5	2
4b: Bindung äussere Objekte	2.42	2.5	2.5
Struktur gesamt	2.36	2.5	1.5

Interpretation: 1: gut; 2: mässig; 3: gering; 4: desintegriert; n. b.: nicht beurteilbar

Tabelle 10b: Struktur

	1 gut	1.5	2 mässig	2.5	3 gering	3.5	4 desint.	n.b.	Gesamt
1a: Selbstwahrnehmung	1 1.5%	4 6.2%	34 52.3%	21 32.3%	5 7.7%	0 0%	0 0%		N=65 100%
1b: Objektwahrnehmung	0 0%	5 7.7%	23 35.4%	28 43.1%	9 13.8%	0 0%	0 0%		
2a: Selbstregulierung	0 0%	0 0%	12 18.5%	28 43.1%	25 38.5%	0 0%	0 0%		
2b: Regulierung Objektbezug	0 0%	1 1.5%	14 21.5%	39 60%	10 15.4%	0 0%	0 0%	1 1.5%	
3a: Kommunikation nach innen	0 0%	4 6.2%	32 49.2%	25 38.5%	4 6.2%	0 0%	0 0%		
3b: Kommunikation nach aussen	0 0%	8 12.3%	23 35.4%	26 40%	7 10.8%	0 0%	0 0%	1 1.5%	
4a: Bindung innere Objekte	0 0%	4 6.2%	22 33.8%	23 35.4%	14 21.5%	2 3.1%	0 0%		
4b: Bindung äussere Objekte	0 0%	3 4.6%	21 32.3%	26 40%	11 16.9%	2 3.1%	1 1.5%	1 1.5%	
Struktur gesamt	0 0%	2 3.1%	23 35.4%	30 46.2%	10 15.4%	0 0%	0 0%		

Interpretation: 1: gut; 2: mässig; 3: gering; 4: desintegriert; n. b.: nicht beurteilbar, n=65

Es zeigt sich, dass gut oder desintegriert relativ selten (10-mal) eingeschätzt wurde. Am häufigsten wurde mässig (z. B. 34 bei der Selbstwahrnehmung und 32 bei der Kommunikation nach innen) und 2.5 (z. B. 39 bei der Regulierung des Objektbezugs und 28 bei der Selbstregulierung) eingeschätzt. Die gesamte Struktur wird bei 30 (46.2 %) hauptsächlich zwischen mässig und gering eingeschätzt, 23 (35.4 %) wurden mit einer mässigen gesamten Struktur eingeschätzt. Als einzelnes Resultat fällt auf, dass die Patienten beim Item „Selbstregulierung“ v. a. den Wert 2.5 oder 3 also gegen gering aufwiesen. Weniger stark ausgeprägte Trends zeigen sich in den beiden Bindungsitems.

## 9.5 Zwei Patientengruppen: normal und niedrig strukturierte Patienten

Zur Vereinfachung wurden in Bezug auf die Hypothesenprüfung die Patienten aufgrund ihres Gesamtstrukturniveaus im Konsensrating in zwei Gruppen eingeteilt:

Die Gruppe 1 (normal strukturierte Patienten) weisen dabei ein Gesamtstrukturniveau von 1, 1.5 oder 2 (in der Stichprobe 1.5 und 2) auf. Die Gruppe 2 (niedrig strukturierte Patienten) weisen ein Gesamtstrukturniveau von 2.5, 3, 3.5 oder 4 (in der Stichprobe 2.5 und 3) auf.

### 9.5.1 Stichprobenbeschreibung der zwei Patientengruppen

Die Patienten mit normaler und geringer Gesamtstruktur werden anschliessend aufgrund der obigen Variablen beschrieben:

#### *Weitere Patientenmerkmale*

Tabelle 11: Normal (n = 25) vs. gering (n = 40) strukturierte Patienten: weitere Patientenmerkmale

	Gesamtstruktur normal	Gesamtstruktur gering
Alter	37.80 (M)	38.17 (M)
	5.43 (SD)	6.36 (SD)
Geschlecht (m/w)	18/7	29/11
Alter Heroin-Erstkonsum	17.76 (M)	18.92 (M)
	3.97 (SD)	5.94 (SD)
Alter Methadonsubstitution	25.92 (M)	25.61 (M)
	6.84 (SD)	7.35 (SD)
Ambulant/teilstationär	14/11	25/15
Methadondosis (mg)	78.66 (M)	140.00 (M)
	68.40 (SD)	106.83 (SD)
Dauer Methadonbehandlung	66.16 (M)	81.10 (M)
	54.42 (SD)	70.22 (SD)
Heroin-Konsum letzte 30 Tage	11 (ja)	15 (ja)
	14 (nein)	25 (nein)
Alter psych. Behandlung	22.52 (M)	23.22 (M)
	7.61 (SD)	10.41 (SD)
Gespräche: lang/kurz	18/7	28/12

#### *OPD*

Von den normal und gering strukturierten Patienten weist je ein Patient im Hauptkonflikt einen Unterwerfungs- und Kontrollkonflikt auf. Im Zweitkonflikt weisen je acht normal und acht gering strukturierte Patienten einen Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt und ein gering strukturierter Patient einen ödipalen Konflikt auf.

Tabelle 12a: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Konflikt

	Gesamtstruktur normal	Gesamtstruktur gering
Konflikte sind nicht zu raten	0 0%	1 14.3%
Konfliktschemata	0 0%	4 57.1%
Abgewehrte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	1 100%	1 14.3%
Aktualkonflikt	0 0%	1 14.3%
Gesamt	N=1 100%	N=7 100%
<b>Hauptkonflikt</b>		
Individuation vs. Abhängigkeit	4 17.4%	20 60.6%
Versorgung vs. Autarkie	14 60.9%	6 18.2%
Selbstwertkonflikt	5 21.7%	3 9.1%
Schuldkonflikt	0 0%	3 9.1%
Identitätskonflikt	0 0%	1 3.0%
Gesamt	N=23 100%	N=33 100%
<b>Zweitkonflikt</b>		
Individuation vs. Abhängigkeit	2 12.5%	2 8%
Versorgung vs. Autarkie	5 31.3%	10 40%
Selbstwertkonflikt	6 37.5%	5 20%
Schuldkonflikt	2 12.5%	4 16%
Identitätskonflikt	1 6.3%	4 16%
Gesamt	N=16 100%	N=25 100%

### Struktur

Tabelle 12b: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Struktur

	Gesamtstruktur normal	Gesamtstruktur gering
Selbstwahrnehmung	1.96 (M)	2.33 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1.5 (Spannweite)	1 (Spannweite)
Objektwahrnehmung	1.98 (M)	2.52 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	1.5 (Spannweite)
Selbstregulierung	2.38 (M)	2.73 (M)
	2.5 (Median)	3 (Median)
	1 (Spannweite)	1 (Spannweite)
Regulierung Objektbezug	2.22 (M)	2.60 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	1 (Spannweite)
Kommunikation nach innen	1.94 (M)	2.40 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	1 (Spannweite)
Kommunikation nach aussen	1.90 (M)	2.47 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	1.5 (Spannweite)
Bindung nach innen	2.02 (M)	2.65 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	1.5 (Spannweite)
Bindung nach aussen	2.10 (M)	2.64 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	1 (Spannweite)	2 (Spannweite)
Gesamtstruktur	1.96 (M)	2.62 (M)
	2 (Median)	2.5 (Median)
	.5 (Spannweite)	.5 (Spannweite)



### *Fazit*

Während in den weiteren Patientenmerkmalen, abgesehen von der Methadondosis (mg) geringe Unterschiede bestehen, unterscheiden sich die beiden Gruppen in den Konflikt- und Strukturrating und in den Einstellungen zum Methadon (vgl. Diskussion). Wegen den statistischen Einschränkungen betreffend der geringen Reliabilität der OPD-Items werden diese statistisch nicht mehr miteinander verglichen (vgl. Diskussion).

In Bezug auf die mit dem Haupt-/Zweitkonflikt verbundenen Konflikte zeigt sich, dass gering strukturierte signifikant häufiger ( $\chi^2$ ; 10.1561,  $df=3$ ; Sig. .017) den Individuation-vs. Autonomiekonflikt aufweisen, verglichen mit den normal strukturierten Patienten. Dagegen weisen die normal strukturierten Patienten signifikant häufiger ( $\chi^2=11.042$ ,  $df=3$ , Sig. .011) den Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt auf, verglichen mit den gering strukturierten Patienten.

## 10. Inferenzstatistische Auswertung

### 10.1 MEI-40

#### *Deskriptive Betrachtung der Ergebnisse des MEI-40*

Die Skalenmittelwerte (s. u.) weisen auf Einstellungen hin, die v. a. auf eine positive oder eine negative Einstellung zum Methadon bezogen sind (vgl. Hunziker & Boesch, 2008).

#### *Zuteilung zu fünf Skalen (Einstellungsdimensionen)*

Die Items des MEI-40 wurden entsprechend Hunziker und Boesch (2008) den folgenden fünf Skalen (Einstellungsdimensionen) zugeordnet: Abbau-Orientierung, Tiefdosis-Orientierung, Substitutions-Orientierung, Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung, Substitutions-Skepsis. Der Vergleich mit den Daten von Hunziker & Boesch (2008) zeigt in Bezug auf die Verteilung vergleichbare Ergebnisse.

#### *Reliabilitätsprüfung der einzelnen Skalen*

Tabelle 13: Kennwerte und interne Konsistenz der Skalen des MEI-40

Skala	M	SD	$\alpha$
Abbau-Orientierung	18.25	5.51	0.76
Tiefdosis-Orientierung	18.17	5.22	0.79
Substitutions-Orientierung	22.10	4.95	0.77
Flexibilisierung-des-Heroin-Konsums-Orientierung	13.78	4.35	0.68
Substitutions-Skepsis	13.70	4.26	0.61

Die Skalen der Abbau-, der Tiefdosis- und der Substitutions-Orientierung zeigen für die interne Konsistenz mittlere bis gute Kennwerte. Bei der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung und bei der Substitutions-Skepsis zeigen sich in der internen Konsistenz auch mittlere bis gute Kennwerte, die aber weniger deutlich als die drei oben genannten Skalen ausfallen. Diese Reliabilitätswerte sind geringer ausgefallen als erwartet. Die Reliabilität soll darum anhand einer explorativen Faktorenanalyse optimiert werden.

### 10.2 Von der 5- zur 3-Faktorenlösung

Die MEI-Items werden nun durch Hauptachsen-Faktorenanalyse extrahiert. Bei der Rotationsmethode kommen Varimax mit Kaiser-Normalisierung zum Einsatz. Durch eine Hauptfaktorenanalyse soll eine der relativ kleinen Stichprobe (n=65) geeignete Anzahl an Faktoren extrahiert werden. Der Screenplot zeigt bei sechs Faktoren einen Knick. Weiter zeigt er bei

drei Faktoren eine Lösung, die vorzuziehen ist. Dabei fällt das KMO (Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium) mit .51 aus. Anschliessend werden die Trennschärfen und die Faktorladungen dargestellt.

Tabelle 14: Faktor 1 Entzugs-Orientierung

MEI-40	Trennschärfe	Faktorladung
MEI-40.2: Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird.	.602	.670
MEI-40.22: Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist.	.544	.655
MEI-40.27: Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da.	.576	.632
MEI-40.7: Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt.	.547	.620
MEI-40.6: Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen.	.566	.606
MEI-40.16: Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber.	.528	.606
MEI-40.21: Ziel in der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt.	.630	.586
MEI-40.36: Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte.	.611	.577
MEI-40.31: Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler.	.389	.563
MEI-40.14: Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird.	.508	.537
MEI-40.12: Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint.	.473	.528
MEI-40.11: Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen.	.488	.517
MEI-40.39: Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde.	.473	.513
MEI-40.4: Sobald einem das Methadon dazu verhilft hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen.	.499	.486
MEI-40.34: Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe.	.459	.473
MEI-40.29: Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf.	.402	.468
MEI-40.32: Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken.	.343	.437
MEI-40.37: Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war.	.403	.432

Anzahl Items=18; Crombach's Alpha=.879

Tabelle 15: Faktor 2 Rehabilitations-Orientierung

MEI-40	Trennschärfe	Faktorladung
MEI-40.18: Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann.	.560	.695
MEI-40.23: Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren.	.482	.642
MEI-40.20: Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren.	-.505	.584
MEI-40.33: Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt.	.564	.577
MEI-40.17u: Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper.	.591	.550
MEI-40.13: Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	.496	.540
MEI-40.3: Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen.	.371	.535
MEI-40.9u: Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	.551	.534
MEI-40.8u: Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren.	.587	.523
MEI-40.26u: Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen.	.483	.474

Anzahl Items=10; Cronbach's Alpha=.826; u=umcodiert

Tabelle 16: Faktor 3 Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung

MEI-40	Trennschärfe	Faktorladung
MEI-40.15: Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen.	.558	.753
MEI-40.24: Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen.	.608	.746
MEI-40.40: Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann.	.312	.566
MEI-40.30u: Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin.	.371	.505
MEI-40.5: Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren.	.431	.484
Mei-40.10: Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen.	.291	.482
MEI-40.19: Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf.	.326	.419

Anzahl Items=7; Cronbach's Alpha=.690; u=umcodiert

### Fazit

Aufgrund geringer Faktorladungen (<.4) wurden bei Faktor 1 das Item 1, bei Faktor 2 die Items 25 und 28 und bei Faktor 3 die Items 35 und 38 ausgeschlossen. Wie bei Kapitel 10.1.3 zeigt sich, dass in dieser Arbeit beim MEI-40 deutlich höhere Reliabilitäten erreicht wurden als bei der OPD-2.

Die Faktoren wurden mit den Faktoren von Hunziker und Boesch (2008) verglichen und interpretiert. Durch die Darstellung der Faktorladungen auf den einzelnen Items auf jedem Fak-

tor kann erkannt werden, warum die 3-Faktorenlösung besser geeignet ist als die 6-Faktorenlösung. Insbesondere sollen die Items drei respektive sechs Faktoren zugeordnet werden. In der Faktorenanalyse zeigt sich, dass bei der 6-Faktorenlösung die Faktoren 4–6 tiefere Faktorenladungen der Items aufweisen, also schwächer laden als die ersten drei Faktoren. Deshalb wird die 3-Faktorenlösung vorgezogen. Inhaltlich resultieren drei Faktoren:

*Entzugsorientierung:* Der Faktor 1 bezieht sich auf eine primär negative Einstellung zum Methadon. Patienten werden dieser Einstellung zum Methadon zugeordnet, die einen Abbau und eine möglichst tiefe Methadondosis anstreben. Letztlich streben sie einen Entzug vom Methadon an. Entzugsorientierte Items laden hoch, Items mit Rehabilitation-mit-Methadon laden tief (siehe Kapitel 5).

*Rehabilitationsorientierung:* Der Faktor 2 bezieht sich auf eine primär positive Einstellung zum Methadon. Patienten werden dieser Einstellung zum Methadon zugeordnet, die sich längerfristig auf eine Substitution mit Methadon einstellen können und diesbezüglich eine längerfristige Stabilisierung anstreben (siehe Kapitel 5).

*Flexibilisierungsorientierung:* Im Gegensatz zu Faktor 1 und 2, welche gegensätzliche Einstellungen sind, zeichnet sich der Faktor 3 mehr durch eine Einstellung aus, nicht den Abbau per se anzustreben, aber auch nicht auf den Heroinkonsum verzichten zu wollen (s. o.). Diese Orientierung ist am ehesten mit der von Hunziker und Boesch (2008) gefundenen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung vergleichbar.

### *Korrelationen der einzelnen Skalen*

Tabelle 17: OPD-Strukturitems und der MEI-Skalen

OPD-Strukturitem	MEI-40-Skala		
	Entzug	Rehabilitation	Flexibilisierung
Selbstwahrnehmung	.083	-.257*	.273*
Objektwahrnehmung	-.011	-.215	.322*
Selbstregulierung	-.347	-.261*	.274*
Regulierung Objektbezug	-.143	-.073	.223
Kommunikation nach innen	.069	-.168	.207*
Kommunikation nach aussen	.080	-.250*	.251
Bindung nach innen	.005	-.173	.129
Bindung nach aussen	-.076	-.165	.156
Struktur gesamt	.008	-.259*	.283*

Signifikanz auf  $\alpha=5\%$

## 10.3 Hypothesenprüfung

Hypothese 1: Normal strukturierte Patienten haben eine positivere Einstellung zum Methadon als gering strukturierte Patienten.

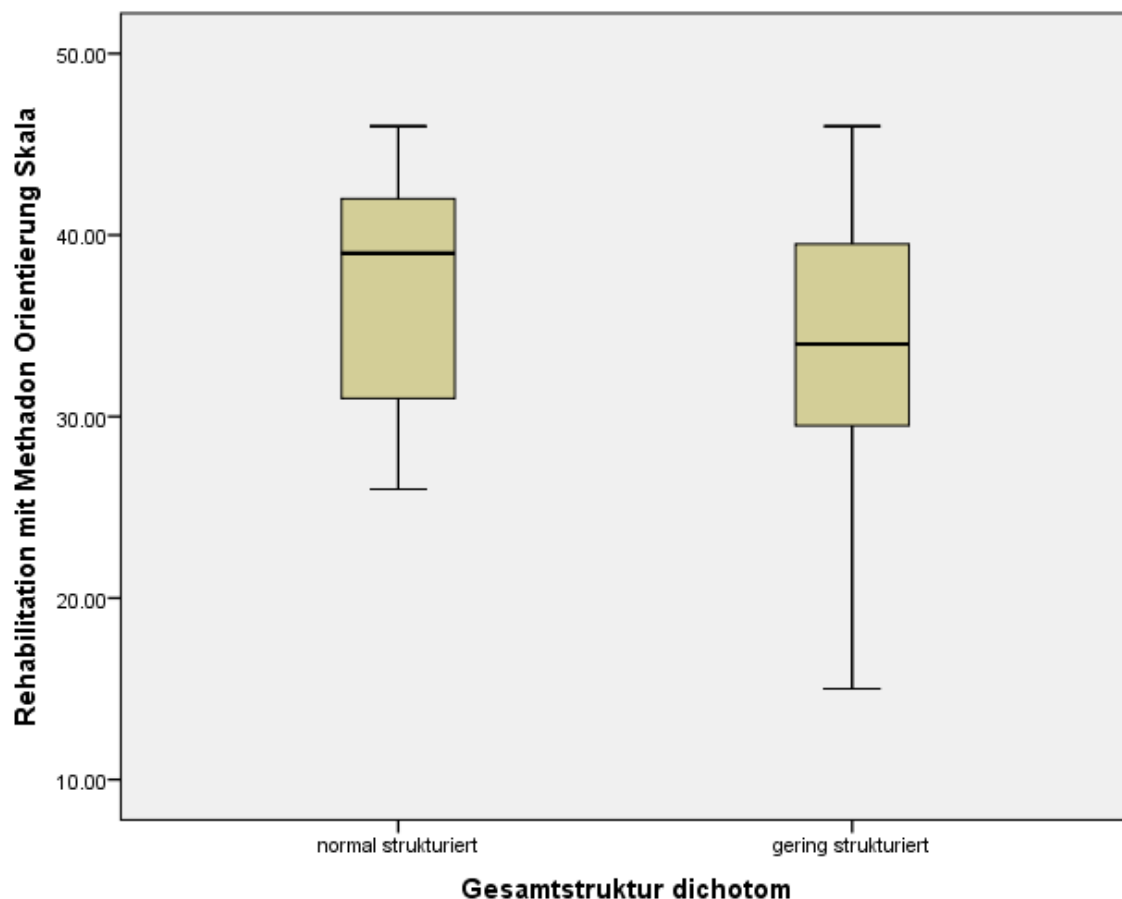
Tabelle 18: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung

	M	SD
OPD-Gesamt		
Normal strukturierte	37.4	5.9
Gering strukturierte	33.4	7.4

$T=2.27$ ,  $df=2$ ,  $p=0.026$

Der Levene-Test der Varianzgleichheit hat mit .464 ein nicht signifikantes Ergebnis gebracht. Die Nullhypothese wird demnach nicht verworfen. Demnach wird von einer Varianzgleichheit ausgegangen (Voraussetzung für den t-Test). Der t-Test für unabhängige Stichproben fiel mit  $T=2.27$ ,  $df=2$ ,  $p=.026$  signifikant aus. Damit weisen normal strukturierte verglichen mit den gering strukturierten Methadonpatienten eine signifikant höhere Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung auf.

Abbildung 1: Rehabilitation mit Methadon-Orientierungs-Skala



Hypothese 2: Niedrig strukturierte Patienten haben eine negativere Einstellung zum Methadon als normal strukturierte Patienten.

Hypothese 2 ist eng mit Hypothese 1 verbunden. Sie berücksichtigt aber auch Überlegungen von Wurmser (2000a, 2000b) und Hunziker und Boesch (2008), dass niedrig strukturierte Patienten in einer negativen Einstellung zum Methadon (Ziel Abbau) strukturelle Defizite kompensieren. Die Hypothese wird durch einen t-Test für unabhängige Stichproben getestet.

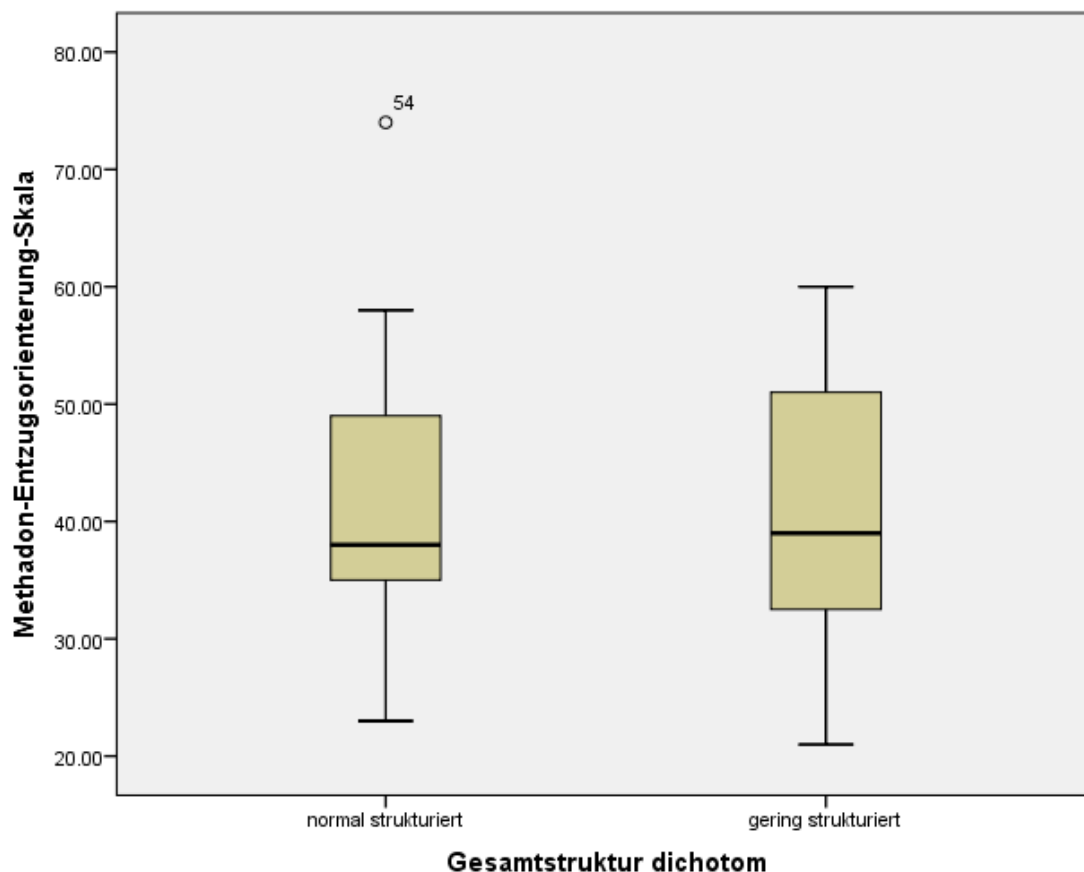
Tabelle 19: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Methadon-Entzugs-Orientierung

OPD-Gesamt	M	SD
Normal strukturierte	41.0	12.1
Gering strukturierte	41.3	10.9

$T=-1.31$ ,  $df=2$ ,  $p=.896$

Der Levene-Test der Varianzgleichheit hat mit .950 ein nicht signifikantes Ergebnis gebracht. Es wird von einer Varianzgleichheit ausgegangen. Der t-Test für unabhängige Stichproben fiel mit  $T=-1.31$ ,  $df=2$ ,  $p=0.896$  nicht signifikant aus. Damit weisen gering strukturierte verglichen mit den normal strukturierten Methadonpatienten eine nicht signifikant höhere Methadon-Entzugs-Orientierung auf.

Abbildung 2: Methadon-Entzugsorientierungs-Skala



Hypothese 3: Niedrig strukturierte Patienten weisen eine höhere Flexibilisierungsorientierung auf.

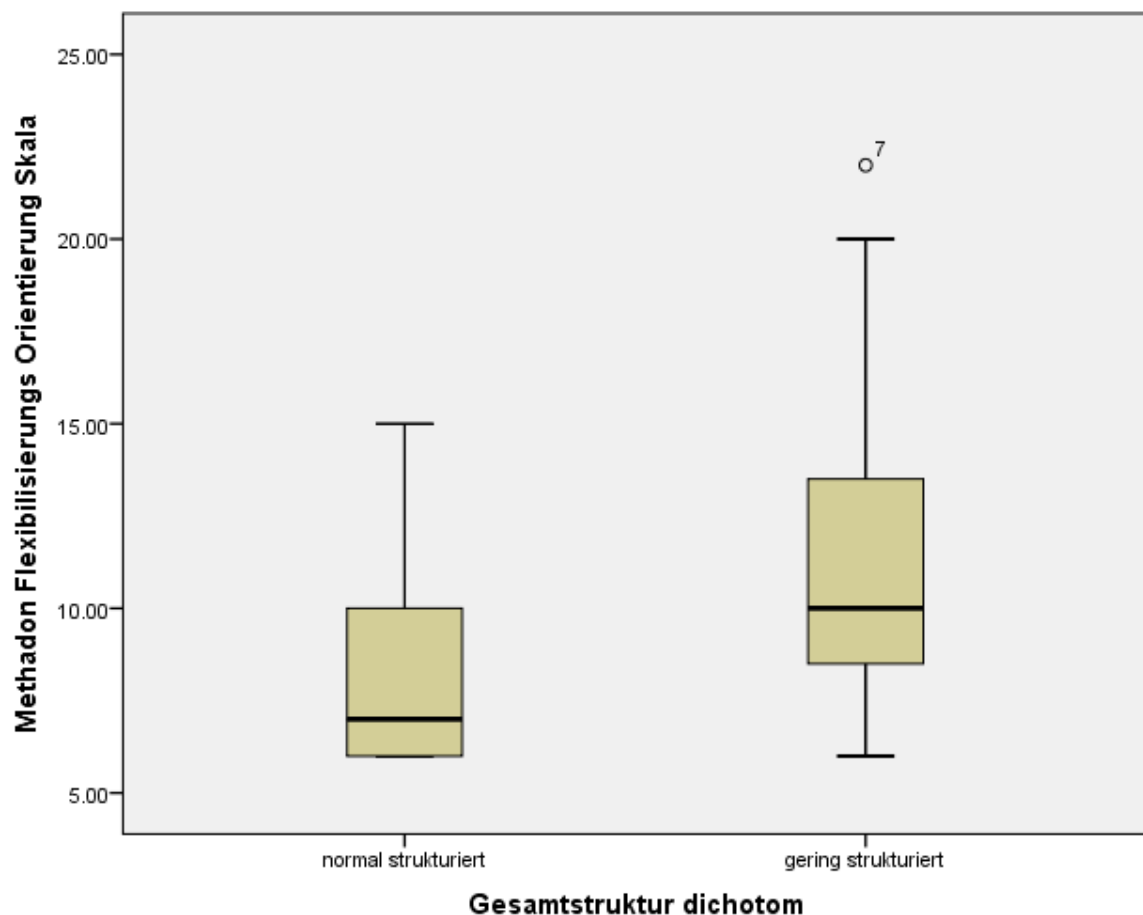
Tabelle 20: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Flexibilisierungs-Orientierung

	M	SD
OPD-Gesamt		
Normal strukturierte	8.3	2.6
Gering strukturierte	11.0	4.0

$T=-2.917$ ,  $df=2$ ,  $p=0.005$

Der Levene-Test der Varianzgleichheit hat mit .109 ein nicht signifikantes Ergebnis gebracht. Es wird von einer Varianzgleichheit ausgegangen. Der t-Test für unabhängige Stichproben fiel mit  $T=-2.917$ ,  $df=2$ ,  $p=0.005$  signifikant aus. Damit weisen gering strukturierte verglichen mit den normal strukturierten Methadonpatienten eine signifikant höhere Flexibilisierungs-Orientierung auf.

Abbildung 3: Methadon-Flexibilisierungs-Orientierungs-Skala





## 10.4 Erklärungsmodelle für nicht erwartete Ergebnisse

Beim nicht erwarteten Ergebnis von Hypothese 2 müssen die beiden Patientengruppen aufgrund der weiteren Merkmale unterschieden werden, um auszuschliessen, dass dieses Ergebnis aufgrund von Unterschieden in soziodemografischen Merkmalen zustande kam. Dabei werden die drei Einstellungsskalen (insbesondere die Entzugs-Skala) mit den weiteren Patientenmerkmalen korreliert. Dabei fällt auf, dass die Entzugs-Skala neben der Rehabilitation-mit-Methadon-Skala (-.001) einzig mit der aktuellen Methadondosis -.355 signifikant korreliert.

Tabelle 21: Korrelation Entzugsorientierungs-Skala und aktuelle Methadondosis

Aktuelle Methadondosis (mg)	Spearman Rho (df) = -.355 (63)
Methadon-Entzug-Orientierungs-Skala	p = .004**

In einer partiellen Korrelation wird nun geprüft, ob die fehlende Korrelation durch die Methadondosis erklärt werden kann.

Tabelle 22: Korrelation normal vs. gering strukturierte Patienten und Methadondosis

	M	SD
Methadondosis (mg)		
Normal strukturierte	78.6	68.4
Gering strukturierte	140	106.8

Rho=0.143, df=2, p=0.262; T=-2.558, df=2, p=.037; Rho: Spearman-Rho

Die Partialkorrelation zwischen der Methadon-Entzugsorientierung und der Gesamtstruktur wird mit  $r=.143$ ,  $df=2$ ,  $p=0.262$  nicht signifikant, wenn die Methadondosis herauspartialisiert wird.

### Fazit

Die fehlende Korrelation der Methadon-Entzugsorientierung der gering strukturierten Patienten kann nicht durch deren höhere Methadondosis erklärt werden. Einerseits besteht eine Korrelation zwischen Methadondosis und geringer Struktur (-.355). Andererseits besteht eine Korrelation zwischen Methadondosis und Methadon-Entzugsorientierung ( $r=.143$ ). Die Frage ist nun, ob die Korrelation zwischen Methadon-Entzugsorientierung und Gesamtstruktur stärker wird, wenn die Methadondosis herauspartialisiert wird. Dies ist zwar der Fall, die Partialkorrelation wird aber trotzdem nicht signifikant.

## 11. Ergebnisse der Einzelfallbefunde

Zur deskriptiven Beschreibung und zur Veranschaulichung werden im folgenden Kapitel vier Patienten dargestellt, die an der Studie teilgenommen haben. Sie wurden aufgrund der Gesamtstruktur des OPD-Konsensratings ausgewählt.

Dabei erfüllten alle der beschriebenen Patienten folgende Kriterien:

- Sie wurden in der letzten Stichprobe berücksichtigt, d. h., dass sie seit mindestens sechs Monaten ohne Unterbruch durch Methadon substituiert waren und im OPD-Rating alle Vorfragen in Bezug auf das Konsensrating bzgl. den Konflikten mit „Nein“ beantwortet wurden.
- Es wurden ein Patient mit einer gut bis mässigen (1.5), einer mit einer mässigen (2), einer mit einer mässig bis geringen (2.5) und einer mit einer geringen (3) Gesamtstruktur gewählt. Bei den zwei Patienten mit einer guten bis mässigen (1.5) und den drei Patienten mit einer geringen (3) Gesamtstruktur wurde jeweils ein Patient ausgewählt, bei welchem die Anonymisierung sich besser garantieren liess. Zudem wurden jeweils ein Patient mit der Gesamtstruktur 2 und 2.5 gewählt, die nach Zufall gefunden wurden. Bei diesen beiden Patienten wurde zudem berücksichtigt, dass sich die beiden Rater im Rating der Gesamtstruktur einig waren.

Die folgenden Patientenbeispiele sind anonymisiert geschrieben, so dass keine Rückschlüsse auf die teilnehmenden Patienten gemacht werden können und die in der Patienteninformation beschriebene Zusicherung der Anonymität gewahrt bleibt. Deshalb wird das Alter nicht genau angegeben. Die Patienten werden nach ihrer Reihenfolge alphabetisch gekennzeichnet. Es ist also kein Rückschluss auf ihren Familiennamen o. ä. möglich. Der Ablauf der Patientenbeschreibung beginnt mit einer Fallvignette, gefolgt von einer tabellarischen Darstellung des Konsensratings der OPD-Diagnostik und einer fallbezogenen Einordnung des OPD-Befundes.

### 11.1 Patient A (Gesamtstruktur 1.5)

#### *Fallvignette*

Der Patient ist etwa 40 Jahre alt. Er habe mit 22 Jahren zum ersten Mal Heroin konsumiert. Mit 26 Jahren sei er zum ersten Mal mit Methadon substituiert worden. Momentan sei er mit 60 mg Methadon täglich substituiert. Er sei seit drei Jahren durchgehend in Substitutionsbehandlung gewesen und habe im vergangenen Monat keinen Rückfall gehabt. Nach einer ca. zweijährigen Langzeittherapie sei er heute in ambulanter Behandlung. Die Gespräche würden meistens monatlich stattfinden. Er sei von einer Anlaufstelle für Substanzstörungen an das

ZAE verwiesen worden. Dort sei er dann mit Methadon substituiert worden. Er sei in den 1980er Jahren über das Kokain zur Heroinabhängigkeit gekommen.

Über seine Herkunftsfamilie sagt er, dass er junge Eltern gehabt habe und einen um mehrere Jahre jüngeren Bruder. Nach seiner Schulzeit hätten sich seine Eltern getrennt, was ihn wütend gemacht habe. Zu seiner Mutter habe er eine schwierige Beziehung, da sie ihn nicht als erwachsen ansehe. Zu seinem Vater bestehe eine bessere Vertrauensbasis. Er sei berufstätig, sei verheiratet mit einer Partnerin aus einem anderen Kulturkreis, beschreibt ihren Charakter als impulsiv und direkt. Das Paar habe ein Kind im frühen Primarschulalter.

Die Minderwertigkeitsthematik scheine für ihn als Methadonsubstituierten bedeutsam zu sein. Er bedürfe keiner Versorgung, sei mit den Jahren gelassener geworden. Andere beschreibt er v. a. nach ihrer äusseren Erscheinung. Er sei zur Empathie fähig und habe keine Mühe, mit anderen in Kontakt zu treten. In Beziehungen gebe er nach.

### *Ergebnisse des OPD-Ratings*

#### *Konfliktachse*

Konflikt	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1 Individuation vs. Abhängig.		X			
2 Unterwerfung vs. Kontrolle		X			
3 Versorgung vs. Autarkie			X		
4 Selbstwert				X	
5 Schuldkonflikt	X				
6 Ödipaler Konflikt		X			
7 Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt 4	Zweitwichtigster Konflikt 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
		X			

#### *Strukturachse*

Strukturitem	gut 1	1.5	mässig 2	2.5	gering 3	3.5	desintegriert 4	nicht beurteilbar 9
1a Selbstwahrnehmung		X						
1b Objektwahrnehmung			X					
2a Selbstregulierung			X					
2b Regulierung d. Objekt		X						
3a Komm. nach innen		X						
3b Komm. nach aussen		X						
4a Bindung an innere O		X						
4b Bindung an äussere O			X					
5 Struktur gesamt		X						

### *Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes*

Als Hauptkonflikt wurde der Selbstwertkonflikt mit einem gemischt eher aktiven Verarbeitungsmodus eingeschätzt, als zweitwichtigster der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt. Die Strukturachse weist auf ein gutes bis mässiges Integrationsniveau hin, wobei die Werte mit 1.5 (gut bis mässig) oder 2 (mässig) eingeschätzt wurden.

## 11.2 Patient B (Gesamtstruktur 2)

### *Fallvignette*

Der Patient ist Mitte 40. Er habe mit 18 Jahren zum ersten Mal Heroin konsumiert. Mit 26 Jahren sei er mit Methadon substituiert worden, wobei er täglich mit 120 mg substituiert ist und die Substitutionsbehandlung ununterbrochen seit zehn Jahren andauere. Im vergangenen Monat sei es zu keinem Konsumereignis mit Heroin gekommen. Im ZAE werde er einmal wöchentlich psychotherapeutisch behandelt.

Er sei zum Heroin gekommen, nachdem er in seiner Jugendzeit Cannabis konsumiert habe. Nach mehreren Jahren mit schweren Entzügen, habe er danach mehrere Jahre kein Heroin mehr konsumiert. Er sei mit Methadon substituiert worden und habe sich ambulante Hilfe in einer Organisation geholt. Mit über 30 Jahren sei eine langjährige Liebesbeziehung beendet worden, weshalb er wieder mit dem Heroinkonsum begonnen habe. Der Patient habe eine schöne Jugend und tolle Eltern gehabt. Selbst die Tatsache, dass er von seinen Eltern ein Wohnungsverbot bekommen habe, betrachte er heute als positiv.

Er habe mehrere langjährige Beziehungen gehabt, sei nun seit mehreren Jahren allein, was er auch als positiv einschätze. Seit zehn Jahren sei er wegen einer Depression IV berentet. Zudem stehe die Heroinabhängigkeit nicht mehr im Zentrum. Es sei zu einer Verlagerung zu regelmässigem Alkoholkonsum gekommen. Neben der täglichen Methadoneinnahme gehe der Patient einem kleinen Nebenverdienst nach. Die psychotherapeutischen Gespräche empfinde er als unterstützend, ohne Medikamente wäre er aber instabil.

Er sei gern eigenständig, fühle sich teilweise minderwertig, weil er nicht berufstätig sei. Er sei spontan, sei heute ruhiger geworden. Seine Eltern wie seine Exfreundin beschreibe er als positiv, herzlich und nett.

## Ergebnisse des OPD-Ratings

### Konfliktachse

Konflikt	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1 Individuation vs. Abhängig.	X				
2 Unterwerfung vs. Kontrolle	X				
3 Versorgung vs. Autarkie				X	
4 Selbstwert			X		
5 Schuldkonflikt	X				
6 Ödipaler Konflikt	X				
7 Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt 3	Zweitwichtigster Konflikt 4				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
		X			

### Strukturachse

Strukturitem	gut		mässig		gering		desintegriert	nicht beurteilbar
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung				X				
2a Selbstregulierung				X				
2b Regulierung d. Objekt				X				
3a Komm. nach innen			X					
3b Komm. nach aussen			X					
4a Bindung an innere O			X					
4b Bindung an äussere O			X					
5 Struktur gesamt			X					

### Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

Als Hauptkonflikt wurde der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt mit gemischt eher aktivem Verarbeitungsmodus, als zweitwichtigster der Selbstwertkonflikt eingeschätzt. Die Strukturachse weist auf ein mässiges Strukturniveau hin, wobei die Werte mit 2 (mässig) und 2.5 (mässig bis gering) eingeschätzt wurden.

## 11.3 Patient C (Gesamtstruktur 2.5)

### Fallvignette

Der Patient ist Mitte 30. Er habe mit 17 Jahren zum ersten Mal Heroin konsumiert und sei erstmals mit 21 Jahren mit Methadon substituiert worden. Seine Methadondosis sei zurzeit 100 mg täglich, die Methadonsubstitution dauere ununterbrochen seit vier Jahren an. Im vergangenen Monat sei es zu keinem Konsumereignis mit Heroin gekommen. Im ZAE führe er kurze Gespräche (u. a. zur Befindlichkeit).

Er sei zuerst in einer anderen ambulanten Institution gewesen, nachdem er auf der Strasse gewesen sei. Mit dieser Institution sei er aber nicht zufrieden gewesen, da dort keine Gesprä-

che geführt worden seien. Deshalb habe er ins ZAE gewechselt. Kürzlich habe er einen „Absturz“ gehabt, da er seine Wohnung verloren habe, doch es sei nicht sein Verschulden gewesen. Ebenso habe er seine Arbeit verloren. Er habe seit mehreren Jahren kein Heroin mehr konsumiert. Die Konsumereignisse würden stattfinden, wenn es ihm schlecht gehe. Er sei aber willensstark, weshalb er selbst wieder aus der Situation herauskomme. Er habe in der Jugend einen Sport betrieben und wegen der Schmerzen Heroin konsumiert, sei sich der Konsequenzen nicht bewusst gewesen. Später habe er auch die falschen Leute kennen gelernt, weshalb er in der Sucht geblieben sei. Zudem würde die Droge die Menschen zu Tieren machen, sie u. a. körperlich gewaltbereit machen. Inzwischen sei es teilweise zu einer Verschiebung auf andere Substanzen gekommen. Ohne Drogen sei er ruhig, locker und feinfühlig. Er habe keinen Zugang zu seiner Familie, was er aus seiner Geschichte erklärt. Er habe früh erwachsen werden müssen. Seine Freundin sei ähnlich wie er. Zwischen ihnen bestehe eine starke Bindung. Neben der Liebe bestehe aber auch eine Angst, hintergangen zu werden.

### *Ergebnisse des OPD-Ratings*

#### *Konfliktachse*

Konflikt	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1 Individuation vs. Abhängig.		X			
2 Unterwerfung vs. Kontrolle		X			
3 Versorgung vs. Autarkie			X		
4 Selbstwert	X				
5 Schuldkonflikt				X	
6 Ödipaler Konflikt	X				
7 Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt 5	Zweitwichtigster Konflikt 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	X				

#### *Strukturachse*

Strukturitem	gut 1	1.5	mässig 2	2.5	gering 3	3.5	desintegriert 4	nicht beurteilbar 9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung				X				
2a Selbstregulierung				X				
2b Regulierung d. Objekt				X				
3a Komm. nach innen				X				
3b Komm. nach aussen				X				
4a Bindung an innere O					X			
4b Bindung an äussere O				X				
5 Struktur gesamt				X				

### *Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes*

Als Hauptkonflikt wurde der Schuldkonflikt mit vorwiegend aktivem Verarbeitungsmodus, als zweitwichtigster der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt eingeschätzt. Die Strukturachse weist auf ein mässig bis geringes Strukturniveau hin, wobei die Werte zwischen 2 (mässig) und 3 (gering) eingeschätzt wurden.

## 11.4 Patient D (Gesamtstruktur 3)

### *Fallvignette*

Der Patient ist ca. 40 Jahre alt. Er habe mit ca. 20 Jahren zum ersten Mal Heroin konsumiert. Bei seiner ersten Methadonsubstitution sei er etwa 20 Jahre alt gewesen. Momentan sei er mit 150 mg Methadon täglich substituiert worden. Er sei seit vier Jahren durchgehend mit Methadon substituiert. Der Patient habe im vergangenen Monat mehrmals Heroin konsumiert. Im ZAE werde er ambulant psychotherapeutisch behandelt. Der Patient sei seit einigen Jahren im ZAE in Behandlung. Er habe mehrere Jahre in der offenen Drogenszene verbracht. Er bringe seinen Einstieg in den Konsum mit einer Abwendung von der Gesellschaft, mit seiner damaligen Obdachlosigkeit in Verbindung. Neben Heroin habe er auch andere Substanzen konsumiert. Er habe sich mit Methadon substituieren lassen, nachdem eine offene Drogenszene geschlossen worden sei.

Er sei als mittleres von drei Kindern aufgewachsen, habe eine schwierige Jugend gehabt. Er habe mehrere Liebesbeziehungen gehabt, die teilweise im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum gestanden hätten. Zurzeit habe er eine Beziehung, die er wegen Auseinandersetzungen als schwierig bezeichnet. Eine Zeit habe er zwischen Wohninstitution und psychiatrischer Klinik verbracht. Er habe eine Lehre und ein Praktikum absolviert, sei aber seit mehreren Jahren nicht mehr berufstätig. Er wohne allein.

Den Substanzkonsum bringe er mit Trauerarbeit und dem fehlenden familiären Rückhalt in Verbindung. In seiner Selbstwahrnehmung sieht er sich als psychisch nicht mehr belastbar. Dies zeige sich u. a. bei Meinungsverschiedenheiten. Er sei auf der Suche, sei bequem und ziehe sich zurück. Früher sei er pflichtbewusst gewesen. In Beziehungen vergleiche er sich mit anderen, müsse intellektuell gefördert werden.

## Ergebnisse des OPD-Ratings

### Konfliktachse

Konflikt	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1 Individuation vs. Abhängig.				X	
2 Unterwerfung vs. Kontrolle	X				
3 Versorgung vs. Autarkie		X			
4 Selbstwert		X			
5 Schuldkonflikt	X				
6 Ödipaler Konflikt	X				
7 Identitätskonflikt	X				

Hauptkonflikt 1	Zweitwichtigster Konflikt 3				
Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	X				

### Strukturachse

Strukturitem	gut		mässig		gering		desintegriert	nicht beurteilbar
	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	9
1a Selbstwahrnehmung			X					
1b Objektwahrnehmung					X			
2a Selbstregulierung					X			
2b Regulierung d. Objekt				X				
3a Komm nach innen				X				
3b Komm nach aussen					X			
4a Bindung an innere O					X			
4b Bindung an äussere O					X			
5 Struktur gesamt					X			

### Fallbezogene Einordnung des OPD-Befundes

Als Hauptkonflikt wurde der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt mit vorwiegend aktivem Verarbeitungsmodus eingeschätzt, als zweitwichtigster der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt. Die Strukturachse weist auf ein geringes Strukturniveau hin, wobei die Werte mit 2 (mässig) bis 3 (gering) eingeschätzt wurden.

### Fazit

In den beschriebenen Patientenbeispielen deutet sich an, dass Patienten mit einer tieferen Gesamtstruktur tendenziell eher früher mit dem Heroinkonsum begonnen haben. Dies lässt auf eine längere andauernde Substanzanamnese schliessen. Ferner sind bei Patienten mit geringerer Struktur Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikte (Nähe-Distanz-Thematiken) dominanter als bei Patienten mit höherem Strukturniveau. Es deutet sich an, dass Patienten mit einer geringeren Gesamtstruktur täglich eine höhere Methadondosis verschrieben bekommen und im vergangenen Monat mehr Rückfälle mit Heroin hatten. Statistisch wurden diese Annahmen teilweise bestätigt.



## 12. Diskussion

### Zusammenfassung: Stand der Forschung und Ziel der Arbeit

Im Rahmen dieses Kapitels sollen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und diskutiert werden. In einem ersten Teil werden kurz die verschiedenen psychoanalytischen Suchtmodelle dargestellt und die Ergebnisse bzgl. der OPD und dem MEI-40 dargestellt. In einem zweiten Teil wird versucht, die Befunde mit den psychoanalytischen Suchtmodellen in einen Zusammenhang zu setzen.

Substanzabhängigkeiten, insbesondere die Heroinabhängigkeit, sind Störungen, die gesundheitliche Risiken bergen und psychosoziales Leid verursachen können. Die Methadonsubstitution versucht, den betroffenen heroinabhängigen Patienten einen möglichst stressfreien Alltag zu ermöglichen.

Psychoanalytiker haben sich relativ selten theoretisch mit Substanzabhängigkeiten beschäftigt und sich in der psychoanalytischen Behandlung weniger auf Substanzabhängige konzentriert. Deshalb werden Substanzabhängige heute eher verhaltenstherapeutisch behandelt. Diesem Umstand soll diese Arbeit Rechnung tragen, um das theoretische Verständnis von Substanzabhängigkeiten zu verbessern, um diese Patientengruppe der Psychoanalyse besser zugänglich zu machen. Die Sucht ist in der Psychoanalyse eher ein Randgebiet und ihre Modelle sind eher heuristischer, hypothesengenerierender Natur.

Methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten wurden noch nie explizit mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 untersucht. Dies wurde in dieser Arbeit angestrebt. Ziel dieser Arbeit war es, psychoanalytische Suchttheorien oder -modelle darzustellen, sie zu evaluieren und diese in einen Zusammenhang mit der Psychodynamik und der Einstellung zum Methadon zu setzen. Schliesslich sollen Theorien zur Methadonsubstitution und Hinweise für die Psychotherapie mit diesen Patienten entwickelt werden.

#### 12.1 Diskussion der Ergebnisse der inferenzstatistischen Auswertung

Diese Arbeit verfolgte das Ziel, 65 methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der OPD zu untersuchen und die Ergebnisse dieser Untersuchung in eine Beziehung mit ihren Einstellungen zur Methadonsubstitution zu bringen. Dadurch sollten klinisch beobachtete Phänomene, wie beispielsweise das häufig angestrebte Ziel einer Dosisreduktion von Methadonpatienten, psychoanalytisch erklärt werden.

### *Diskussion der Ergebnisse der OPD*

Die Arbeit beschränkte sich in der Auswertung der OPD auf die Achsen „Konflikt“ und „Struktur“. Diese Achsen wurden wegen ihrer besseren Reliabilität und der Forschungsfragen gewählt, da vermutet wurde, dass die Methadoneinstellung mehr mit der Konfliktverarbeitung (Achse III) und den strukturellen Möglichkeiten (Achse IV) zu tun hat, als mit der Beziehungsgestaltung (Achse II) oder der Krankheitsverarbeitung (Achse I). Dies wurde von Hunziker und Boesch (2008) vermutet, in der psychoanalytischen Literatur (vgl. Wurmser 2000a, Wurmser 2000b) finden sich solche Hinweise.

Zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität wurden das *gewichtete Kappa*, das *Kappa* und die prozentuale Übereinstimmung als Masse verwendet. Grösstenteils wurden die Konflikte nicht reliabel eingeschätzt. Von den berücksichtigten Konflikten lagen die Werte des gewichteten Kappas zwischen .278 beim Selbstwertkonflikt und .512 bei der Bestimmung des Haupt- und Zweitkonflikts. Der Identitätskonflikt erzielte eine Reliabilität von .511, war aber wenig bedeutsam. Das heisst, dass die Übereinstimmung der Rater im geringen, ausreichenden und mässigen Bereich lag. Der *ödipale Konflikt* und der *Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt* zeigten geringe Übereinstimmungen zwischen den Ratern (s. u.), weshalb sie ausgeschlossen wurden.

Die Konflikte wurden als unterschiedlich bedeutsam eingeschätzt: Der Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt (41.4 %) und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt (34.5 %) wurden im Vergleich zum Identitätskonflikt (1.7 %) häufiger als „sehr bedeutsam“ beurteilt. Als Erstkonflikt wurde der *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* (41.4 %) und der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* (34.5 %) am häufigsten geratet, beim Zweitkonflikt wurde der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* (25.9 %) und der *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* (6.9 %) geratet. Es lässt sich daraus schliessen, dass der *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* bei den Patienten zwar dominanter war, konflikthafte Themen der Versorgung und der Autarkie aber häufiger waren. Generell verteilten sich die Erstkonflikte mit 75.9 % auf die Konflikte *Individuation vs. Abhängigkeit* und *Versorgung vs. Autarkie*, beim Zweitkonflikt fielen die Ergebnisse heterogener aus, in dem Sinne, dass auch andere Konflikte als wichtig eingeschätzt wurden.

Die Interrater-Reliabilität, gemessen durch das *gewichtete Kappa*, lag bei den Strukturitems zwischen .200 bei der Regulierung des Objektbezugs und .435 bei der Gesamtstruktur, d. h. zwischen dem ausreichenden und mässigen Bereich. Die Strukturitems wurden relativ homogen eingeschätzt. Sie lagen zwischen 2.19 bei der „Selbstwahrnehmung“ und 2.60 bei der „Selbstregulierung“. Das bedeutet, dass die Patienten auf den Strukturitems ähnlich einge-

schätzt wurden. Die Patienten lagen zwischen einem mässigen und einem gering integrierten Strukturniveau.

#### *Diskussion der Ergebnisse des Methadon-Einstellungs-Inventars MEI-40 (Hunziker & Boesch, 2008)*

Wegen der geringen Stichprobengrösse konnten durch Clusterzentrenanalysen keine Patientengruppen identifiziert werden (vgl. Hunziker & Boesch, 2008). Stattdessen wurden durch faktorenanalytische Verfahren Einstellungsdimensionen mit zufriedenstellenden Konsistenzen gefunden. Diese entsprechen den Sekundärfaktoren von Hunziker und Boesch (2008). Dabei wurden drei Sekundärfaktoren gefunden: Rehabilitations-Orientierung, Methadon-Entzugs-Orientierung und Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung.

Zur *Rehabilitations-Orientierung* zählen alle Items, welche die Methadonsubstitution prinzipiell als positiv betrachten. Patienten, welche hohe Werte in diesen Items aufweisen, scheinen den Grundgedanken der Methadonsubstitution verstanden zu haben. Die *Methadon-Entzugs-Orientierung* beschreibt Patienten, die der Methadonsubstitution gegenüber prinzipiell negativ eingestellt sind. Sie streben einen Abbau des Methadons und einen Entzug an. Die *Flexibilisierungs-Orientierung* beinhaltet Items für Patienten, die trotz Substitution nicht auf den Heroinkonsum verzichten möchten. Dieser Faktor wurde von Hunziker und Boesch (2008) als Sekundärfaktor identifiziert.

Die Patienten wurden aufgrund der Gesamtstruktur des Konsensratings der OPD in zwei Gruppen aufgeteilt. Daraus resultierte die normal strukturierte Patientengruppe. Diese Patienten entsprechen psychoanalytisch dem Neuroseniveau. Die zweite Gruppe sind Patienten mit geringem Gesamtstrukturniveau (2.5 und geringer). Diese Patienten entsprechen psychoanalytisch geringer strukturierten wie Borderlinepatienten. Die Stichprobe bestand aus 25 normal strukturierten und 40 gering strukturierten Patienten.

#### *Diskussion der Hypothesenprüfung*

Aufgrund psychodynamischer Überlegungen bzgl. heroinabhängiger methadonsubstituierter Patienten wurden die Hypothesen formuliert. Dabei wurden die OPD für die psychodynamische Einschätzung und das MEI-40 zur Messung der Einstellung zur Methadonsubstitution verwendet. Es wurden drei strukturbezogene Hypothesen formuliert. Danach sollten die normal strukturierten Patienten im Vergleich zu den gering strukturierten Patienten eine signifikant höhere Rehabilitations-Orientierung haben (H1). Diese Hypothese wurde aufgrund der Überlegungen von Hunziker und Boesch (2008) bzgl. der vermuteten höchsten Gesamtstruk-

tur der *Methadonbenutzer* formuliert. Zudem sollten die gering strukturierten Patienten im Vergleich zu den normal strukturierten eine signifikant höhere Methadon-Entzugs-Orientierung aufweisen (H2). Schliesslich sollten die gering strukturierten Patienten durch ihre negative Haltung zur Substitution und durch ihre Entzugsorientierung das Risiko von Rückfällen in Kauf nehmen und deshalb im Vergleich zu den normal strukturierten Patienten eine höhere Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung aufweisen (H3).

Nach der Hypothesenprüfung wurde geklärt, dass sich die beiden Patientengruppen in den „weiteren Patientenmerkmalen“ nicht unterschieden, was die Validität der Arbeit eingeschränkt hätte und hypothesenkonforme oder -konträre Ergebnisse zu erklären im Stande gewesen wäre. Die Prüfung der Hypothese betreffend der Rehabilitations-Orientierung zeigte, dass normal strukturierte Patienten im Vergleich zu den gering strukturierten Patienten eine signifikant höhere Rehabilitations-Orientierung aufweisen.

Die zweite Hypothese betreffend der Methadon-Entzugs-Orientierung ergab keine signifikanten Ergebnisse. Danach unterscheiden sich die normal und gering strukturierten Patienten nicht in ihrer Methadon-Entzugs-Orientierung. Bei einer Prüfung der „weiteren Patientenmerkmale“, bei welcher die einzelnen Merkmale mit den drei Skalen (Rehabilitations-, Entzugs- und Flexibilisierungs-Orientierung) korreliert wurden, zeigte sich, dass die gering strukturierten Patienten eine signifikant höhere Methadondosis täglich verschrieben bekommen. Es gibt also Hinweise dafür, dass die Entzugs-Orientierung der gering strukturierten Patienten durch eine höhere Methadondosis beeinflusst wird. Dieser Befund hilft das nicht erwartete Ergebnis zu erklären, er verifiziert die Hypothese aber nicht und gibt keine abschliessende Begründung.

Die Prüfung der Hypothese betreffend der Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung zeigte, dass die gering strukturierten Patienten dabei im Vergleich zu den normal strukturierten signifikant höhere Werte aufweisen. Aus ichpsychologischer Sicht ist zu vermuten, dass Patienten mit einem geringeren Gesamtstrukturniveau eine höhere Methadondosis verschrieben bekommen, um ihre Ichdefizite besser kompensieren zu können.

Wurmsers (2000a, 2000b) und Hunziker und Boesch (2008) Erklärungen betreffend der Psychodynamik der Toxikomanie, respektive der Methadonsubstitution können auf die Befunde von H2 angewendet werden (s. u.).

*Fazit:* Befunde der normal strukturierten Patienten weisen durch eine höhere Rehabilitations-Orientierung und eine tiefere Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung darauf hin, im Vergleich zu den gering strukturierten Patienten mehr den Sinn der Methadonsubstitution verstanden zu haben. Gering strukturierten Patienten wird aber eine höhere Methadondosis verschrieben.

## 12.2 Weitere Ergebnisse

*Weitere Patientenmerkmale:* Die beiden Gruppen unterscheiden sich nur signifikant in der täglich verschriebenen Methadondosis (s. o.). Dies ist insofern interessant, da psychodynamisch zu vermuten gewesen wäre, dass es sich bei gering strukturierten Patienten um Patienten mit schwerwiegenderen psychischen Störungen gehandelt hätte, mit einem früheren Heroin-Erstkonsum und einer früheren Methadonsubstitution. Dies war nicht der Fall. Auch konnte die Arbeit die prototypische Annahme aufgrund einer möglichen besseren Reflexionsfähigkeit (Therapie in Gruppen) widerlegen, dass es sich bei tagesklinischen Patienten im Vergleich zu ambulant behandelten Patienten mehr um normal strukturierte Patienten gehandelt hätte. Ebenso kann die Vermutung nicht bestätigt werden, dass normal im Vergleich zu gering strukturierten Patienten seltener angeben, in den vergangenen 30 Tagen Heroin konsumiert zu haben. Dabei ist zu vermuten, dass eine höhere Methadondosis der gering strukturierten Patienten das Risiko für Rückfälle reduziert.

*OPD:* Bei den Ergebnissen zur OPD muss beachtet werden, dass statistisch nur die Gesamtstruktur und der Erst- und Zweitkonflikt den Kriterien der Reliabilität genügen. Deshalb werden diese genauer besprochen als die weiteren Ergebnisse der OPD: Die Patientengruppe wurde in 25 normal strukturierte und 40 gering strukturierte Patienten geteilt. Beim Hauptkonflikt zeigte sich, dass normal strukturierte Patienten den *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* (14) am häufigsten aufwiesen, gering strukturierte dagegen den *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* (24). Bei normal strukturierten Patienten hatte dagegen der *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* eine geringere Bedeutung. Bei gering strukturierten Patienten war der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* (7) der zweitwichtigste Hauptkonflikt. Bei den normal strukturierten Patienten war der *Selbstwertkonflikt* der zweitwichtigste Hauptkonflikt. Auffallend ist, dass bei den normal strukturierten Patienten die Hauptkonflikte homogener eingeschätzt wurden, so dass die Hauptkonflikte sich auf die oben genannten Konflikte bezogen, ebenso wie einmal auf den nicht reliablen *Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt*. Dagegen wurden bei den gering strukturierten Patienten abgesehen vom *ödipalen Konflikt* alle sieben Konflikte als Hauptkonflikte eingeschätzt. Dieses Ergebnis weist auf den (von Cierpka et al., 2007) Befund hin, dass bei gering strukturierten Patienten der *Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt* eine zentrale Bedeutung einnimmt. Beim Zweitkonflikt zeigt sich ein heterogeneres Bild. Dieses charakterisiert sich dadurch, dass bei normal strukturierten Patienten der nicht reliable *Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt* (9) und der *Selbstwertkonflikt* (6) bedeutsam sind. Bei den gering strukturierten Patienten sind v. a. der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* (13) und der *Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt* bedeutsam. Gesamthaft gesehen kann also in Be-

zug auf den Haupt- und den Zweitkonflikt geschlossen werden, dass für die normal strukturierten Patienten v. a. der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* und der *Selbstwertkonflikt* und für die gering strukturierten Patienten der *Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt* und der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* bedeutsam sind.

Bei den einleitenden Fragen zu den Konflikten A, B, C, D zeigte sich, dass deshalb ein normal strukturierter Patient und sechs gering strukturierte Patienten vom Konfliktrating ausgeschlossen wurden. In Bezug auf den Verarbeitungsmodus scheinen sich die beiden Gruppen wenig zu unterscheiden. Diese Methadonpatienten scheinen v. a. gemischt eher aktiv, danach gemischt eher passiv eingeschätzt worden zu sein. Die Extrempositionen wurden seltener eingeschätzt, vorwiegend aktiv und vorwiegend passiv.

In der Strukturachse gibt es Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, deren Items nicht reliabel eingeschätzt wurden. Die Unterschiede der beiden Gruppen spiegeln sich in der Einschätzung des Gesamtstrukturniveaus wider.

#### *Umgang mit dem Konflikt- und dem Strukturrating*

Bezogen auf die geringen Interrater-Reliabilitäten im Konflikt- und Strukturrating können zwei Gründe angeführt werden:

- Die Rater waren nicht gut in der Einschätzung der Konflikte.
- Es kann aber auch daran liegen, dass bei abhängigen Patienten mit besonderen Schwierigkeiten im Konfliktrating umgegangen werden muss, vgl. Verdeckungsphänomen (Jakobsen, 2014, s. u.).

#### *Interpretation der Ergebnisse aufgrund geringer Reliabilität der OPD-Daten*

Die Ergebnisse der OPD dieser Arbeit müssen aufgrund der gesamthaft eher geringen Reliabilität kritisch betrachtet werden. Gründe dafür werden in Kapitel 12.6 berichtet. Generell müssen diese Ergebnisse, was sich auf Studien der OPD mit substanzabhängigen Patienten allgemein bezieht, folgendermassen begründet werden: Liegt es an den Suchtpatienten, den Ratern oder an den Interviews, d. h. einer im Zusammenhang mit der OPD schwierigen Klientel, einer wenig spezifischen Erfahrung der Rater oder an Schwierigkeiten im Interviewstil. Letztlich geht es dabei um die Interaktion zwischen dem Patienten und dem Interviewer.

Die Raterkombination scheint in dieser Arbeit in Bezug auf eine unterschiedliche Reliabilität wenig bedeutsam gewesen zu sein.

Das Konsensrating versucht die Messgenauigkeit und die Objektivität zu verbessern (s. o.). Die Ergebnisse der OPD müssen wegen den Einschränkungen der Reliabilität kritisch be-

trachtet werden, indem Ergebnisse als Hinweise oder Tendenzen zu verstehen sind. Andererseits können signifikante Ergebnisse der Hypothesen danach interpretiert werden, dass trotz der Einschränkungen der Messgenauigkeit signifikante Ergebnisse erzielt wurden, die auf eine Tendenz hinweisen.

#### *Bezugnahme auf Befunde der OPD*

In dieser Arbeit zeigte sich dies speziell bei der Einschätzung des *ödipalen* und des *Unterwerfungs-* vs. *Kontrollkonflikts*. Beide Konflikte werden zu reiferen Konflikten gezählt (Thomasius et al., 2001). Wenn sich Rater in der Einschätzung von Patienten im Rating uneinig waren, z. B. in der Einschätzung der Strukturitems, so wird sich dies je nach Ansatz spezifisch auswirken. Psychodynamisch geschulte Rater, welche die Persönlichkeitsstruktur höher einschätzen, werden auch häufiger reifere Konflikte raten. Andererseits werden Rater, welche die Konflikte beobachtungsnaher einschätzen, diese Konflikte mehr oder weniger bedeutsam einschätzen. Nach Ansicht des Autors zeigt sich bei unterschiedlichen Einschätzungen des *ödipalen* und des *Unterwerfung-* vs. *Kontrollkonflikts* deutlich, ob ein Rater strukturbezogen (psychodynamisch)

oder davon unabhängig (beobachtungsnah) beurteilt. Dies weist auf die Bezogenheit von Konflikt und Struktur hin, die sich besonders bei der Einschätzung dieser zwei Konflikten zeigt. Zudem zeigte sich beim *ödipalen Konflikt*, dass dieser unterschiedlich interpretiert wurde (z. B. Kleidung), dass wiederum die Frage nach Konflikt oder konflikthafter Belastung evtl. unterschiedlich eingeschätzt wurde.

Wegen der relativ geringen Interrater-Reliabilität müssen die Einschränkungen der Vergleichbarkeit, ausser bei der Gesamtstruktur, dem Haupt- und dem Zweitkonflikt beachtet werden. Das Konsensrating räumt die Raterdifferenzen aus, da in einer gemeinsamen klinischen Diskussion inhaltlich valide Entscheidungen getroffen werden. Die Objektivität ist bei unterschiedlichen Einschätzungen aber eingeschränkt (s. o.). Kritisch muss im Vergleich dieser Studien gesehen werden, dass der Vergleich zwischen Daten der OPD-1 mit Daten der OPD-2 mit gewissen Schwierigkeiten verbunden ist. Beispielsweise werden bei der Beurteilung der *Gesamtstruktur* bei der OPD-1 und der OPD-2 unterschiedliche Strukturitems berücksichtigt.

#### *Bezogen auf Studien mit der OPD-2*

In der Studie zur Validität von Benecke und Mitarbeitern (2009) wurde die Struktur beurteilt. Dabei wurden in der Publikation die Werte der Einzelratings, die Interrater-Reliabilitäten der einzelnen Skalen beschrieben. Die Studie kann nicht direkt mit den Ergebnissen dieser Arbeit

verglichen werden, da die Ergebnisse des Konsensratings, welche in dieser Arbeit im Vordergrund standen, nicht erwähnt wurden.

In allen Bereichen, exemplarisch am Beispiel der „Kommunikation nach innen“ (2.265) und der „Selbstregulierung“ (2.60) zeigte sich, dass die Patienten in der Studie von Benecke und Mitarbeitern (2009) besser strukturiert eingeschätzt wurden wie die methadonsubstituierten Patienten in dieser Arbeit. Die Interrater-Reliabilität, gemessen durch das gewichtete Kappa, wurde bei Benecke und Mitarbeitern (2009) zwischen .524 und .805 angegeben, verglichen mit .200 bis .435 in dieser Arbeit, war bei Benecke und Mitarbeitern (2009), also höher.

#### *Bezogen auf Substanzabhängige*

Im Vergleich zur Studie von Reymann und Mitarbeitern (2000) mit alkoholkranken Patienten, die mit der OPD-1 untersucht wurden, zeigten die Patienten in dieser Arbeit ähnlich hohe Werte im *Individuations-* vs. *Abhängigkeitskonflikt* (41.4 %), verglichen mit M=2.18 im *Autonomie-* vs. *Abhängigkeitskonflikt* bei Reymann und Mitarbeitern (2000). Dagegen war in der Studie von Reymann und Mitarbeitern (2000) der Selbstwertkonflikt (M=2.10) wichtiger als in dieser Arbeit, wohingegen der *Versorgungs-* vs. *Autarkiekonflikt* in dieser Arbeit bedeutsamer war. Im Bereich der Struktur wurde bei beiden Studien die *Selbstwahrnehmung* am besten eingeschätzt, bei Reymann und Mitarbeitern (2000) mit 2.16 und in dieser Arbeit mit 2.19. Das am geringsten eingeschätzte Strukturitem war bei Reymann und Mitarbeitern (2000) mit 2.44 die *Objektwahrnehmung*, in dieser Arbeit mit 2.60 die *Selbstregulierung*.

Im Vergleich mit der Studie Alkoholkranker in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck von Nitzgen und Brünger (2000a) zeigten sich zu dieser Arbeit folgende Unterschiede: In beiden Stichproben wurde der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt (OPD-1) resp. der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt am häufigsten eingeschätzt (57.1 % bei Nitzgen & Brünger, 2000a), mit dem Mittelwert 2.04 und 41.4 % in dieser Arbeit. Auch Versorgungs- vs. Autarkiekonflikte (34 %), mit dem Mittelwert 1.84 und 34.5 % zeigten sich in beiden Stichproben häufig. Der Selbstwertkonflikt war v. a. in der Studie von Nitzgen und Brünger (2000a) stark ausgeprägt. In Bezug auf die Strukturitems stimmten beide Studien darin überein, dass in der Selbststeuerung (OPD-1) resp. in der Selbstregulierung (OPD-2) das am geringsten integrierte Strukturturniveau gefunden wurde: 2.31 bei Nitzgen und Brünger (2000a) und 2.60 in dieser Arbeit. Die Patienten wurden in der Studie von Nitzgen und Brünger (2000a) im Strukturitem *Kommunikation* mit 1.97 und in dieser Arbeit bei der *Selbstwahrnehmung* mit 2.19 eingeschätzt.



Auf die Schwierigkeit beim Vergleich zwischen Studien, die mit der OPD-1 und solchen, die mit der OPD-2 durchgeführt wurden (vgl. unterschiedliche Items *Kommunikation* in der OPD-1 oder *Kommunikation nach innen* und *Kommunikation nach aussen* in der OPD-2), sei hier hingewiesen. Die Studie von Nitzgen und Brünger (2000a) zeigte im Vergleich zu dieser Arbeit eine geringere Streuung (SD). Die Rater hatten in ihren Einschätzungen geringere Abweichungen.

In der 1. Validitätsstudie von Thomasius und Mitarbeiter (2001) zeigten sich v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte ( $M=2.06$ ) und Selbstwertkonflikte ( $M=1.96$ ), wohingegen der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt ( $M=1.18$ ) als relativ unbedeutsam eingeschätzt wurde. Im Vergleich zu dieser Arbeit zeigt sich also, dass der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt als bedeutsamer eingeschätzt, und dem Selbstwertkonflikt eine geringere Bedeutung gegeben wurde. Auf der Strukturachse schätzten Thomasius und Mitarbeiter (2001) die Patienten in der Selbststeuerung (ebenfalls mit dem niedrigsten Strukturniveau) mit  $M=2.31$  besser ein als in dieser Arbeit mit  $M=2.60$ . Thomasius und Mitarbeiter (2001) schätzten die *Kommunikation* (1.94) als bestes Strukturitem ein; in dieser Arbeit war es die *Selbstwahrnehmung* mit  $M=2.19$ . Es kann also daraus geschlossen werden, dass es sich bei der Studie von Thomasius und Mitarbeitern (2001) um höher strukturierte Patienten handelte als die Patienten in dieser Arbeit (Gesamtstruktur 2.09 im Vergleich zu 2.37).

In der in dieser Arbeit sonst nicht erwähnten Bachelorarbeit von Homburg (2013), welche Substanzabhängige mit der OPD-2 untersuchte, wurden bei den Konflikten insofern unterschiedliche Resultate gefunden, als dass beim Hauptkonflikt bei Homburg (2013) v. a. der Selbstwertkonflikt gefunden wurde, in dieser Arbeit eher der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt. Im Zweitkonflikt zeigten die beiden Arbeiten ähnliche Ergebnisse, indem der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt bei beiden Patientengruppen der häufigste Konflikt war. Im Gesamtstrukturniveau waren die untersuchten Patienten in der Arbeit von Homburg (2013) besser strukturiert (zwischen 2.11 und 2.32) im Vergleich zu  $M=2.36$  in dieser Arbeit. Die Patienten mit komorbiden Störungen in der Arbeit von Homburg (2013) weisen also im Mittel nur ein leicht höheres Gesamtstrukturniveau auf als die Patienten in dieser Arbeit.

### *Fazit*

Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikte respektive Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikte und Versorgungs- vs. Autarkiekonflikte sind bei den Substanzabhängigen dieser Studien häu-

fig, Selbstwertkonflikte zeigten sich in den beiden anderen Studien, in dieser Arbeit weniger. Bei der Strukturachse gibt es Hinweise dafür, dass die *Selbstregulierung* eher gering eingestuft wurde. Die Tatsache, dass eine Substanzabhängigkeit auch als eine Störung in der *Selbstregulierung* gesehen werden kann, legt die Vermutung nahe, dass die Rater voreingenommen waren, da es sich nicht um eine verblindete Studie handelte. Für eine Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist die Anzahl der Studien allerdings zu gering. Ebenso muss beachtet werden, dass es sich um unterschiedliche Patienten handelte: In den beiden Studien um alkoholkrank stationäre Patienten, in dieser Arbeit um methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten, die ambulant oder teilstationär behandelt wurden. Dabei wurden v. a. Autonomie- vs. Abhängigkeits- und Selbstwertkonflikte als vorhanden eingeschätzt, was Thomasius und Mitarbeiter (2001) mit Konflikten „früher Störungen“ in Verbindung bringen. Hingegen zeigten Patienten in dieser Arbeit mit dem Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt ein Muster, das zwar mit der Struktur in Verbindung steht, das aber nicht ebenso wie in den vorhergehenden Studien interpretiert werden kann, da es sich bei den Teilnehmenden dieser Arbeit generell nicht um früh gestörte Patienten (mit geringer Struktur) gehandelt hat. Zudem fällt auch auf, dass sich die Rater in der Einschätzung „reifer Konflikte“ (Thomasius et al., 2001), d. h. im *Unterwerfungs-* vs. *Kontrollkonflikt* und im *ödipalen Konflikt* uneinig waren, was sich in einem niedrigen Kappa zeigte und deshalb diese beiden Konflikte nicht mehr in der weiteren Auswertung berücksichtigt werden konnten. Es gibt Hinweise dafür, dass die Patienten in diesen beiden Konflikten deshalb unterschiedlich eingeschätzt wurden, weil sich die Rater im Vorhandensein resp. im Ausmass dieser beiden „reifen Konflikte“ uneinig waren.

Tabelle 23: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Gesamtstruktur – Vergleich mit Studien

Studie		
Nitzgen & Bünger (2000)	N=168	M=2.26
	Neurosen: M=1.97, SD=0.28	Persönlichkeitsstörungen: M=2.37, SD=0.49
Reymann et al. (2000)	M=22	M=2.27 (Strukturdimensionen gemittelt)
Studie	Gesamtstruktur normal	Gesamtstruktur gering
Thomasius et al. (2001)	44 (86.3%)	7 (13.7%) M=2.09, SD=0.41
Leuzinger (2017)	25 (38.5%) M=1.96	40 (61.5%) M=2.62

#### *Vergleich zu Studien der OPD-I*

In der Arbeit von Pieh und Mitarbeitern (2009) wurde der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt (26.6 %), der Selbstwertkonflikt (18 %) und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt (16.8 %) am häufigsten eingeschätzt, verglichen mit dem Individuation- vs. Autarkiekonflikt

(41.4 %) und dem Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt (34.5 %) in dieser Arbeit. Das heißt, dass die Hauptkonflikte in dieser Arbeit sich auf weniger Konflikte konzentrierten, deutlicher ausfielen und der Selbstwertkonflikt eine geringere Bedeutung hatte als in der Studie von Pieh und Mitarbeitern (2009). Psychosomatische Patienten scheinen im Vergleich zu methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten einen geringeren Selbstwertkonflikt aufzuweisen. Sonst sind die beiden Patientengruppen in ihrem Konfliktrating ähnlich.

#### *Vergleich mit Psychotherapiestudien mit der OPD-1*

In der Studie zu selbstverletzendem Verhalten schätzten Böker und Mitarbeiter (2007) die Patienten am häufigsten mit dem Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt (35 %) gefolgt vom Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt (22.5 %) ein. Diese Ergebnisse stimmten mit dieser Arbeit im Hauptkonflikt überein (Autonomie vs. Abhängigkeit respektive Individuation vs. Abhängigkeit). Dagegen wurde der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt seltener eingeschätzt. Auffallend ist, dass der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt von Patienten ohne selbstschädigenden Verhalten häufiger (15 %) eingeschätzt wurde. Beim Hauptkonflikt wurden Patienten mit selbstschädigendem Verhalten häufiger mit Autonomie vs. Abhängigkeit (40 %) eingeschätzt. Als zweitwichtigster Konflikt wurde der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt (30 %) eingeschätzt, worin die beiden Arbeiten übereinstimmen. Da es sich bei Böker und Mitarbeitern (2007) um eine Studie der OPD-1 handelt, wurden auf der Strukturachse keine Zwischenstufen erhoben. Die geringste Struktur wurde in der Dimension der *Selbstregulierung* (gering integriert 40 %) und die höchste in der Dimension der *Kommunikation* (gut integriert 38.5 %) gefunden. Damit stimmen die Autoren im Vergleich zu dieser Arbeit in der Einschätzung der *Selbstregulierung* überein. In der *Selbstwahrnehmung* waren die beiden Gruppen vergleichbar. 80 % der von Böker und Mitarbeitern (2007) untersuchten Patienten waren „mässig integriert“. Es handelte sich bei den von Böker und Mitarbeitern (2007) untersuchten Patienten (mässig strukturierte: 77.5 %) um besser strukturierte Patienten als in dieser Arbeit. Dagegen sind die gering strukturierten Patienten mit den Patienten mit selbstverletzendem Verhalten und die normal strukturierten Patienten mit den Patienten ohne selbstverletzendem Verhalten zu vergleichen.

#### *Zusammenfassung der Ergebnisse im Vergleich zu Ergebnissen anderer OPD-Studien*

Generell hat sich im Rahmen des Haupt- und des Zweitkonflikts gezeigt, dass methadonsubstituierte Heroinabhängige v. a. *Individuations-* und *Abhängigkeitskonflikte* und *Versorgungs-* vs. *Autarkiekonflikte* aufweisen. Dabei weisen sie v. a. in Bezug auf den Versorgungs- vs.

*Autarkiekonflikt* eine Spezifität auf, die sich auch bei anderen Substanzabhängigen wie Alkoholabhängigen nicht finden liess. In Bezug auf das Gesamtstrukturniveau weisen die Ergebnisse eher auf eine niedrige Gesamtstruktur hin, die aber mit Ergebnissen aus Studien mit einer anderen Klientel substanzabhängiger Patienten (Reymann et al., 2000; Nitzgen & Brün-ger, 2000a; Thomasius et al., 2000, 2001) mit ähnlichen Ausprägungen vergleichbar sind. Auf die empirischen Schwierigkeiten und Kritiken bzgl. der Interpretation der Ergebnisse dieser Arbeit, die oben bzgl. des Vergleichs mit Studien mit substanzabhängigen Patienten ausgiebig diskutiert wurde, soll hingewiesen werden. Diese Einschränkungen gelten auch für den Ver-gleich mit den anderen Studien (s. o.).

#### *Vergleich mit dem Modul Abhängigkeitserkrankungen*

Im Folgenden sollen Verweise dieser Arbeit auf das Modul für Abhängigkeitserkrankungen der OPD-2 gemacht werden, auch wenn die Datenerhebung mit der nicht modifizierten Fas-sung der OPD-2 stattfand. Der empirische Teil der Arbeit wurde nicht mit dem Modul Ab-hängigkeit erhoben, weil zu Beginn der Erhebung (ab 2009) das Modul noch nicht vorlag. Es soll aber anschliessend gezeigt werden, dass sich das Modul für weitere Arbeiten mit der OPD-2 und methadonsubstituierten Patienten eignet. Im Gegensatz zur nicht modifizierten OPD-2 scheint das Modul für Substanzstörungen neben der objektpsychologischen mehr die ichpsychologische Perspektive im Sinne der Selbstmedikationshypothese (Khantzian, 1985, 1997, 2003) zu betonen.

Die folgenden Aspekte beziehen sich auf die Anwendbarkeit des Moduls für Abhängigkeits-erkrankungen (Jakobsen et al., 2010; Arbeitskreis OPD, 2013) auf die untersuchten metha-donsubstituierten Patienten: Vorerst muss bei den Untersuchungsbedingungen beachtet wer-den, dass die im Modul Abhängigkeit vorgeschlagenen Kriterien bzgl. der Abstinenz mit am-bulant oder teilstationär behandelten methadonsubstituierten Patienten nur teilweise gelten können. Von den Interviewern wurde zwar darauf geachtet, dass die Patienten nicht intoxi-kiert zum Interview erschienen, d. h., dass ihr Bewusstsein möglichst wenig von akutem Sub-stanzkonsum beeinflusst war. Nun wird diese Klientel teilweise aber auch mit längerwirkenden bewusstseinsverändernden Medikamenten (wie Stimulanzien oder Benzodiazepinen) be-handelt. Im Anhang sind die einzelnen Medikamente aufgeführt. Zudem kann bei dieser Kli-entel nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass einzelne Patienten vor dem Interview noch andere Substanzen konsumiert haben. Patientenaussagen diesbezüglich schienen nicht valide zu sein. Auf weitere Untersuchungen (wie Haarproben) wurde nach einer vor der Durchführung geführten Diskussion aus den oben genannten Gründen verzichtet. Die Ergeb-

nisse, insbesondere der OPD-Ratings, müssen also auch vor dem Hintergrund der verschriebenen Medikation (z. B. Antidepressiva) interpretiert werden.

Folgende Aussagen beziehen sich auf die Achsen des Abhängigkeits-Moduls:

Bei der Achse I kann die objektivierende Bewertung der Erkrankung bzgl. der Dauer des Problems auf die untersuchte Patientengruppe angewendet werden. Veränderungsmotivation, -ressourcen und -hemmnisse scheinen teilweise an einer abstinenzorientierten Alkoholtherapie angelehnt zu sein und müssten in einer methadonsubstituierten Therapie angepasst werden.

In der Erhebung zur Achse II scheint dem Autor wichtig, dass bei der Einschätzung von Beziehungsepisoden vor der Abhängigkeit, unter Intoxikation und unter Abstinenz darauf geachtet wird, dass die Substitution (ohne Beikonsum) als Abstinenz verstanden wird. Sonst kann dies problematisch sein, da im ambulanten und teilstationären Bereich bei der Mehrheit methadonsubstituierter Patienten die Substitution und nicht die Abstinenz angestrebt wird.

Bei der Konfliktachse des Moduls wird berücksichtigt, dass bei substanzverursachter deutlicher Einschränkung Konflikte im Sinne von Konfliktschemata eingeschätzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass bei der klassischen OPD-2 bei substanzverursachten Einschränkungen Konflikte nicht eingeschätzt werden konnten, wenn die Struktur auch nicht eingeschätzt werden konnte. Bei geringer Struktur konnten die Konflikte teilweise nicht eingeschätzt werden. Dies schien aber nicht durch die Substanz, sondern durch die geringe Struktur verursacht. In der Strukturachse des Moduls wird das strukturelle Funktionsniveau erfasst. Die Informationen beziehen sich auf die letzten vier bis sechs Wochen. Durch diese Einschränkung kann die Interrater-Reliabilität nach Einschätzung des Autors deutlich erhöht werden, da strukturelle Fähigkeiten dann auf einen bestimmten Zeitpunkt begrenzt sind.

In der Achse V wurden im Modul im Vergleich zur klassischen OPD-2 keine Veränderungen vorgenommen. In der Suchtspirale wird der Eigendynamik der Abhängigkeit Rechnung getragen. Sie beinhaltet die Bereiche Kompensation, Habituation, Konsum-/Dosissteigerung und Schädigung. Das Modul kann als Ergänzung zur Verlaufseinschätzung dienen.

Die von Jakobsen und Mitarbeitern (Arbeitskreis OPD, 2013) formulierten Hinweise für die Fokusbildung und die Therapieplanung können auch für die Behandlung mit Methadonpatienten gelten. Beachtet werden muss aber, dass die Vorschläge der Autoren des Moduls nicht für alle Patienten in der Entwöhnungstherapie eingesetzt werden können. Vermutlich wurde dabei das Konzept v. a. für Alkoholranke entwickelt. Bei Methadonsubstituierten wird heute häufig eine Substitution und nicht eine Entwöhnung angestrebt (s. o.). Zudem kann im Modul eine spezifische psychodynamische Funktion der Substanz erhoben werden (vgl. Arbeitskreis

OPD, 2013). Für die beratende und therapeutische Arbeit (ambulant oder teil-/stationär) kann das Modul bei folgenden Entscheidungen helfen (Arbeitskreis OPD, 2013, S. 20): Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, Haltung des Patienten bzgl. seiner Erkrankung therapeutisch besser berücksichtigen, Chancen einer Substanzabstinenz (oder Substitution) vor dem Hintergrund der Persönlichkeit und der Suchtdynamik, Ausmass der Abhängigkeit einordnen, Therapieplanung (weitere Schritte/Ziele).

Jakobsen (2014) bemerkt, dass in der OPD-Diagnostik mit Substanzabhängigen mit folgenden Schwierigkeiten zu rechnen ist:

- Die Abhängigkeit und ihre Folgen können den Blick auf die Person erschweren oder verhindern.
- Die Abhängigkeit und ihre Folgen könnten Struktur, Konflikt und Beziehung relevant verändert haben.
- Eine neue Dynamik ist hinzugekommen, welche aktuell mehr oder weniger bedeutsam sein kann.

Jakobsen (2014) schliesst daraus, dass es das Ziel sein soll, den einzelnen Patienten aufgrund seiner Persönlichkeit und Abhängigkeitsdynamik zu verstehen und abzubilden.

### 12.3 Bezugnahme auf Befunde der Arbeit und psychoanalytischen Theorien zur Substanzabhängigkeit

Im folgenden Kapitel sollen die Befunde der OPD und des MEI-40 auf die psychoanalytischen Modelle zur Substanzabhängigkeit angewendet werden. Dabei werden die empirischen Ergebnisse aufgrund der Inhalte der beschriebenen Modelle interpretiert.

#### *Triebpsychologisches Modell*

Das triebpsychologische Modell postuliert ein relativ schwach ausgebildetes Ich und Über-Ich, das dem Lustprinzip folgt. Bei der durch die OPD untersuchten Patientengruppe konnten diese Postulate bestätigt werden – mit einer (Ich-)Struktur, die im Bereich zwischen mässig und gering ist. Die Patienten liegen zwar nicht ausserhalb der Normalverteilung, was vermutlich beispielsweise bei schizophrenen Patienten der Fall gewesen wäre, aber sie liegen in den meisten Skalen auch nicht im mässigen Bereich. Über die Entwicklung und Fixierungsstellen können die empirischen Ergebnisse in Bezug auf das triebpsychologische Modell keine Aussage machen.

Eine Interpretation der Ergebnisse bezogen auf Freuds Äusserungen zur Sucht scheint sehr schwierig zu sein, da diese selten in Publikationen veröffentlicht wurden. Interessant ist

Freuds Ansatz für diese Arbeit, Morphin durch Kokain zu substituieren, was allerdings misslang (vgl. Nitzschke, 2008). Im Gegensatz zur Morphinsubstitution mit Kokain hat sich die Methadonsubstitution in der Behandlungspraxis etabliert. Methadon kann Heroin substituieren, ist aber nicht mit derselben Wirkung verbunden.

Die untersuchte Gruppe nach Abrahams Überlegungen zum Alkoholismus (1908) zu interpretieren, fällt ebenfalls schwer. So liess sich kein klarer Zusammenhang zwischen der Heroinabhängigkeit oder der Methadonsubstitution und Homosexualität oder Perversion erkennen. Auch eine entwicklungsbezogene Erklärung konnte in den empirischen Daten nicht gefunden werden. Autoerotische Themen, verstanden als eine narzisstische Thematik, gemessen durch einen erhöhten Selbstwertkonflikt, konnten nicht gefunden werden. Es konnten auch keine dominierenden ödipalen Themen oder Konflikte gefunden werden. Der „orale Charakter“ konnte insofern gefunden werden, als die *Selbstregulierung* relativ gering war.

Dagegen scheint dem Autor Radós Beitrag zur Sucht (1926) das für die untersuchte Gruppe geeignetste triebpsychologische Modell: Er nimmt einen Reizschutz nach innen an. Die Substanz hilft bei einer Lust-Unlust-Regulation. Dieser Sachverhalt scheint die niedrige *Selbstregulierung* zu einem Teil zu erklären. Auch die schmerzstillende Wirkung von Narkotika, was z. B. für die geringe *Selbstregulierung* spricht (reduzierte Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub), bestätigt Radós Modell (1926). Es gibt durch relativ tiefe Werte im „Schuldkonflikt“ wenig Hinweise für ein bedeutsames Über-Ich. Was Radós Annahmen zur Erotik von Substanzen, des „pharmakogenen Orgasmus“ und einer Ersetzung der menschlichen Erotik durch die Substanz angeht, konnte Radós Modell (1926) eher nicht angenommen werden .

Mit Radós Arbeit von 1934, die eine Fortsetzung seiner Überlegungen von 1926 darstellt, aber mehr ichpsychologische Konzepte beinhaltet, kann die untersuchte Patientengruppe besser beschrieben werden. Dabei haben Substanzen die Funktionen („pharmakogener Lusterfolg“), dass sie das Selbstgefühl und die Stimmung erhöhen, die Leistungsfähigkeit des Ichs herabsetzen. Bezüglich dem Selbstgefühl, was bestehende Selbstwertkonflikte vermuten lässt, war dies weniger deutlich erkennbar. Doch bei der Stimmungsverbesserung (Selbstregulierung und Kommunikation nach innen) sind solche Mechanismen bei der untersuchten Gruppe denkbar. Der Substanzkonsum als Unlustvermeidung und Selbstheilungsversuch scheint v. a. durch die strukturellen Fähigkeiten und Defizite der untersuchten Patienten Hinweise für die psychoanalytische Theorie (vgl. Radó, 1934) zu geben, konflikttheoretisch scheint dies weniger deutlich auszufallen.

Aktuelle triebpsychologische Überlegungen (vgl. Subkowski, 2008) betonen die Unlustvermeidung (vgl. Selbstregulierung), die Reizabschirmung (Selbstwahrnehmung und Selbstregu-

lierung) und die narzisstische Selbstregulierung (vgl. Selbstregulierung). Die untersuchte Gruppe kann also in diesen Bereichen mit dem triebpsychologischen Modell beschrieben werden.

Zusammenfassend fällt auf, dass triebpsychologische Modelle zur Substanzabhängigkeit oft in früheren Terminologien formuliert wurden, die nicht mit der OPD übereinstimmen. Die Vergleiche müssen vorsichtig gemacht werden. So behauptet der Autor z. B. nicht, dass die Homosexualität als ein Selbstwertkonflikt nach der OPD formuliert wird, sondern die Homosexualität hat psychoanalytisch gesehen mit einer narzisstischen Thematik zu tun.

In Bezug auf die Methadonsubstitution, über die in der triebpsychologisch orientierten Literatur selten geschrieben wurde (vgl. Valentine & Fraser, 2008) kann diskutiert werden, ob die Methadonsubstitution an sich weniger durch das triebpsychologische Modell beschrieben werden kann, da sie weniger lusterzeugende Wirkungen hat als das Heroin. Andererseits lässt es sich mit Methadon gut einrichten, wobei auch Ichfunktionen (vgl. Radó, 1934) verbessert würden. Dies wiederum wäre ein Thema, das mit der Methadoneinstellung (MEI-40) zu tun hat. Das triebpsychologische Modell kann also sowohl für die entzugsorientierten Patienten wie auch für die restlichen Patienten Erklärungsmöglichkeiten geben.

### *Ichpsychologisches Modell*

Das ichpsychologische Modell sieht in der Substanzabhängigkeit den Versuch, defizitäre Ichfunktionen oder Über-Ich-Konflikte durch den Substanzkonsum im Sinne einer Selbstmedikation kurzfristig zu lösen.

Die untersuchte Gruppe ist nach Krystal und Raskin (1970) zu charakterisieren, indem die Substanzen (Heroin oder Methadon) zur Stressbewältigung, zur Lösung eines Schuldkonflikts und zu einer allgemeinen Verminderung der Desintegration eingesetzt werden, basierend auf einem geringen Bewusstsein von Affekten. Dies zeigt sich bei der Gruppe im OPD-Rating v. a. in einer tiefen Einschätzung der Selbstregulierung und einem mässig bis geringen Gesamtstrukturniveau, das aber noch nicht desintegriert ist. Der Selbstwertkonflikt scheint weniger vorhanden zu sein, wie dies im Modell von Krystal und Raskin (1970) postuliert wird. Der Schuldkonflikt scheint noch schwächer auszufallen. Ein geringes Affektbewusstsein liess sich in einem nahezu mässigen Strukturniveau im Bereich der *Kommunikation nach innen* nicht bestätigen. Es ist zu vermuten, dass Krystal und Raskin (1970) bei Substanzabhängigen eher von Alkoholabhängigen ausgegangen sind, bei denen eher depressive Symptomaten vorliegen, also u. a. Selbstwert- und Schuldkonflikte (vgl. Khantzian, 1985). Bei dieser Population handelt es sich um andere Patienten.



Wurmser (2000a, 2000b) begründet die Substanzabhängigkeit in einer Über-Ich-Pathologie, die sich in einem Über-Ich-Konflikt zeigt. Wichtige Bereiche sind in seinem Modell narzisstische Krisen: die Affektblockierung, die Selbstregulierung, Schutzphantasien und Schutzobjekte und die Intoleranz gegenüber Affekten. Sein Modell der Substanzabhängigkeit, es wurde hier nicht auf sein Modell der Rückfälle eingegangen, wurde hier auf die untersuchte Gruppe bezogen. Dabei zeigte sich, dass die Gruppe nach der OPD die postulierten Schuld- (also Über-Ich-) und Selbstwertkonflikte (vgl. narzisstische Krisen und Schutzphantasien) zwar aufweist, dass diese bei der untersuchten Gruppe aber nicht zentral erscheinen. Dagegen scheint die geringe Selbstregulierung zentral zu sein. Die Intoleranz gegenüber Affekten und die Affektblockierung scheinen sich in einer nahezu mässigen *Kommunikation nach innen* wenig abzubilden. Wurmser beschreibt eine Identitätsspaltung, die durch den „Identitätskonflikt“ in der OPD abzubilden wäre. Dieser Konflikt wurde aber relativ selten eingeschätzt. Dagegen liess sich die von Wurmser angedeutete Nähe-Distanz-Problematik durch die Einschätzungen des Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikts nach der OPD deutlich zeigen.

Abschliessend kann Wurmsers Modell auf die untersuchten heroinsubstituierten Patienten angewendet werden. Es liessen sich viele der postulierten Bereiche in dieses heuristische Modell in den Ergebnissen zur OPD finden. Die zentralen Bereiche des Modells, insbesondere Über-Ich-Konflikte, liessen sich empirisch nicht direkt finden.

Khantzian beschreibt in seiner „Selbstmedikationshypothese“, dass Substanzen nicht wahllos konsumiert werden, sondern gezielt, um defizitäre Ichfunktionen zu verbessern. Khantzian (1985) geht bei Opiaten von der beruhigenden Wirkung der Substanz und der Hilfe beim Umgang mit Aggressions- und Rachegefühlen aus. Weiter beschreibt er Affektdefizite und eine niedrige Selbstregulation. In Bezug auf die untersuchte Gruppe scheint die Selbstmedikationshypothese v. a. auf die niedrige Selbstregulation anwendbar, die auch mit der beruhigenden Wirkung und dem Umgang mit Aggression und Rache zu interpretieren ist. Bei der *Kommunikation nach innen* liess sich dies weniger zeigen. Eine andere Frage, die sich durch die untersuchte Patientengruppe nicht abschliessend beantworten lässt, ist, ob sich die untersuchten Patienten tatsächlich selbst mediziert hatten, also nicht wahllos konsumiert hatten. Dafür scheint einerseits unklar, ob die untersuchten Patienten wirklich „nur“ heroinsubstituiert waren oder noch andere Substanzen konsumierten. Ebenso, ob noch andere unbekannte Variablen diesen Prozess, der gegen eine Selbstmedikation sprechen würde, beeinflussen würde.

Ichpsychologische Modelle sehen in der Substanzabhängigkeit eine Selbstmedikation für psychisch gestörte Ichfunktionen. Primär werden dabei strukturelle Defizite angenommen. Doch

auch Konflikte (z. B. Schuld- und Selbstwertkonflikte) spielen dabei eine Rolle. Mit relativ geringen strukturellen Fähigkeiten ist dieses Modell für die gering strukturierten Patienten sicher relevant. In Bezug auf die Methadonsubstitution kann dieses Modell spezifisch wenig Evidenz geben. Doch als heuristisches Modell ist es für diese Patientengruppe hilfreich und fallbezogen individuell anwendbar. So scheint Wurmser's Modell v. a. für die entzugsorientierten Patienten eine Begründung zu geben.

### *Selbstpsychologisches Modell*

Eine frühkindliche Entwicklungsstörung verunmöglicht die Bildung positiver Selbstobjekte. Die Psyche bleibt dadurch an archaische Selbstobjekte fixiert. Die Substanz füllt fehlende Selbstobjekte aus oder ersetzt sie und erhöht das Selbstwertgefühl. Substanzabhängige leiden an Leere und Depression, sie streben nach einer Verschmelzung mit dem Selbstobjekt. Diese Fragmentierung des Selbst geht auch mit einer Identitätsstörung einher.

Die untersuchte Gruppe ist nach dem selbstpsychologischen Modell folgendermassen zu charakterisieren. Ihre relativ schwache Struktur (gemessen durch die OPD) steht in engem Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit. Die Substanz wird konsumiert, um Defekte im Selbst auszufüllen. Bezogen auf die Ätiologie können wenige Aussagen gemacht werden. Die von den Eltern wenig vermittelte Selbstregulierung zeigt sich auch später in einer niedrigen Selbstregulierung. Die Selbst- und Objektwahrnehmung scheint nach dem selbstpsychologischen Modell beeinträchtigt zu sein, Abhängigkeit von archaischen Selbstobjekten, die Substanz wird danach teilweise zum Ersatz für fehlende Selbstobjekte. Dies zeigte sich in der untersuchten Gruppe wenig. Dagegen sind selbstpsychologische Interpretationen der Ergebnisse in den Bindungsitems relevant. Die untersuchten Patienten waren bei der „Bindung nach innen“ relativ schwach, im Sinne fehlender Selbstobjekte. Die vom selbstpsychologischen Modell postulierten Selbstwertregulierungen (in der OPD *Selbstregulierung*) zeigten sich. Identitätsstörungen zeigten sich bei der untersuchten Gruppe in der Dimension der Selbstwahrnehmung weniger.

Das selbstpsychologische Modell postuliert bei der Substanzabhängigkeit einen Defekt im Selbst. Die Substanzen füllen fehlende Selbstobjekte aus oder ersetzen sie. In der OPD können diese Erklärungen v. a. mit den Items zu der „Bindung an innere Objekte“ abgebildet werden. Das selbstpsychologische Modell beschreibt v. a. strukturelle Defizite, die zu einem grossen Teil auch bei der untersuchten Gruppe gefunden wurden. Die postulierten Konflikte wurden weniger gefunden.

Bezogen auf die Methadonsubstitution scheint das selbstpsychologische Modell v. a. Einstellungen zum Methadon der „Rehabilitationsorientierung“ erklären zu können, indem das Methadon zu einem Selbstobjekt wird.

### *Objektpsychologisches Modell*

Substanzen können als Übergangsobjekte angesehen werden. Mit dem Substanzkonsum werden Repräsentanzen (böse Introjekte) vernichtet. Deshalb spielt der Sadismus in diesem Modell eine zentrale Rolle. Die Substanz heilt durch Zerstörung. Die Substanz fungiert dabei als Partialobjekt von innen und von aussen und wirkt selbstzerstörend.

Glover (1933) nimmt eine Fixierung an die Ödipussituation an. Die Substanzabhängigkeit hat auch eine Abwehrfunktion, indem sie sadistische Regungen zu beherrschen versucht. Die Substanzabhängigkeit bildet Schutz vor psychotischen Ängsten. Glover nimmt noch unbewusste homosexuelle Phantasien an. Die Substanzabhängigkeit führt aber auch zu einer Objektabhängigkeit. Die gewählte Substanz ist dann Übertragungsobjekt. Wie bei den Eltern bestehen dann ein Verschmelzungs- und ein Trennungswunsch gleichzeitig. Dies führt zu einer Triebentmischung.

Die untersuchte Patientengruppe kann v. a. bzgl. der Bindung der OPD beschrieben werden. Auch wenn dieses Item der Strukturachse nicht das auffälligste Strukturitem war, so muss doch von einer mässig bis geringen Struktur im Bereich „Bindung nach innen“ ausgegangen werden. Sadistisch werden dabei Repräsentanzen vernichtet. Die gewählte Substanz ist Übertragungsobjekt. Die Substanz wird als Partialobjekt von innen und aussen eingesetzt (Objektwahrnehmung). Was mit der relativ mässigen Struktur im Bereich der Kommunikation nach innen weniger beobachtet werden kann ist, dass die Substanz zum Schutz psychotischer Ängste eingenommen wird. Dies kann aber auch mit der Selektion der Gruppe zu tun haben, da psychotische Patienten ausgeschlossen wurden. Allgemein lässt sich in den Ergebnissen der Strukturachse die postulierte Triebentmischung bei Substanzabhängigen nur teilweise finden, da doch einige Items eher in den mässigen und nicht in den Bereich der geringen Struktur fallen. Als Konflikt scheint der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt im gleichzeitigen Verschmelzungs- und Trennungswunsch zu bestehen.

Im objektpsychologischen Modell werden Substanzen zur Selbstzerstörung eingesetzt. Sie fungieren als Übergangsobjekte. Die Substanzabhängigen weisen eine Triebentmischung auf und zeigen gleichzeitig Verschmelzungs- und Trennungswünsche mit der Substanz. Die Patienten haben dabei eine eher geringe Struktur.

In Bezug auf die Methadonsubstitution sind Konflikte vorstellbar, vgl. Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt. Diese zeigen sich v. a. bei der gering strukturierten Gruppe.

Schliesslich sagen psychoanalytische Theorien wenig über die Inzidenz des Heroinkonsums aus, dessen Abnahme ist nicht durch sie zu begründen. Die Inzidenz ist evtl. mit den Annahmen der OPD vereinbar (Gedanken des Autors).

## 12.4 Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien mit den Ergebnissen der OPD

### *Einleitung*

Nun sollen die mit der OPD gefundenen Ergebnisse in einen Kontext gebracht werden. Es soll darum gehen, sie auf die psychoanalytischen Suchtmodelle anzuwenden. Dabei soll es nicht darum gehen, die Richtigkeit eines bestimmten Modells zu beweisen. Es soll darauf hingewiesen werden, welches Modell mit den Ergebnissen der OPD die Stichprobe am besten abbildet. Es erweist sich als relativ schwierig die Annahmen der einzelnen psychoanalytischen Suchtmodelle wie in der OPD zu operationalisieren, da sie unterschiedlich genau formuliert und operationalisiert wurden. Dies hat teilweise mit dem wissenschaftlichen Zeitgeist zu tun, in welchem die Publikationen geschrieben wurden. Andererseits gründet sie auf der oben beschriebenen Frage nach Validität (Cierpka et al., 2007). Innerhalb desselben Modells sind die Ausführungen teilweise unterschiedlich genau operationalisiert.

Generell geht es bei triebpsychologischen Erklärungsmodellen zur Substanzabhängigkeit darum, dass die Substanz (Heroin) zum Lustgewinn konsumiert wird. Bei ichpsychologischen Ansätzen steht der Selbstmedikationsgedanke zur Behandlung defizitärer Ichfunktionen im Zentrum. Im selbstpsychologischen Modell geht es bei der Substanzabhängigkeit um den Umgang mit einem Defekt im Selbst. Beim objektpsychologischen Modell geht es bei der Substanzabhängigkeit um einen selbstzerstörenden Prozess.

Aus dem einen Suchtmodell zugeschriebenen Publikationen wurde versucht einen Konsens betreffend den Konflikten und den Strukturbereichen nach der OPD zu postulieren. Tendenziell ist das triebpsychologische Modell eher konfliktpsychologisch formuliert und die restlichen Modelle eher strukturtheoretisch. Doch das triebpsychologische Modell postuliert nicht explizit, dass es keine strukturellen Defizite bei Substanzabhängigen gäbe. Ebenso postulieren die anderen Modelle nicht, dass Konflikte keine tragende Rolle in der Entstehung oder Aufrechterhaltung einer Substanzabhängigkeit spielen würden. Das ich- und das selbstpsychologische Modell setzen den Fokus bei den strukturellen Einschränkungen v. a. auf den Einschränkungen des Ichs resp. des Selbst. Das objektpsychologische Modell fokussiert auf ein-

geschränkte Ichfunktionen in Kombination mit der Aussenwelt (Objekten). Objektbeziehungstheoretisch deckt es das Thema der Bindungstheorie ab.

### *Evaluation*

Die eingeschätzten Ergebnisse der OPD wurden nun mit den psychoanalytischen Suchtmodellen verglichen. Diese bestimmen, welche der Modelle die Stichprobe am ehesten charakterisieren können. Da nur die Achsen Konflikt und Struktur eingeschätzt wurden, beschränkt sich diese Arbeit auf die Teilbereiche der Konflikt- und der Strukturachse der OPD. Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass bei den Ergebnissen wegen der geringen Reliabilität nur die Gesamtstruktur und der Erst- und der Zweitkonflikt berücksichtigt werden können:

- Der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt ist für die Triebtheorie, die Ichpsychologie, die Selbstpsychologie und die Objektpsychologie für die Erklärung der Substanzabhängigkeit bedeutsam.
- Der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt ist für die Triebpsychologie bedeutsam.
- Der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt ist für die Triebpsychologie bedeutsam.
- Der Selbstwertkonflikt ist für die Trieb- und die Selbstpsychologie bedeutsam.
- Der Schuldkonflikt ist für die Triebpsychologie und die Ichpsychologie (vgl. Wurmser, 2000a, 2000b) bedeutsam.
- Der ödipale Konflikt ist für die Triebpsychologie bedeutsam.
- Der Identitätskonflikt ist ebenfalls für die Triebpsychologie bedeutsam.

In Bezug auf die Struktur machen v. a. die Ich-, Selbst- und objektpsychologischen Suchtmodelle Aussagen. Hier werden die Inhalte der Dimensionen kurz ausgeführt:

- Eine reduzierte Selbstwahrnehmung (Selbstreflexion, Affekte differenzieren, Identität) wird explizit in der Ich- und in der Selbstpsychologie postuliert.
- Eine Einschränkung in der Objektwahrnehmung (Selbstobjekt-Differenzierung, ganzheitliche Objektwahrnehmung, realistische Objektwahrnehmung) wird von der Objektpsychologie postuliert.
- Eine eingeschränkte Selbstregulierung (Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung) wird vom Ich- und Selbstpsychologischen Modell postuliert.
- Eine Einschränkung in der Regulierung des Objektbezugs (Beziehungen schützen, Interessenausgleich, Antizipation) wird von der Objektpsychologie postuliert.
- Eine Einschränkung in der Kommunikation nach innen (Affekte erleben, Phantasien nutzen, Körpererleben) wird von der Ich- und der Selbstpsychologie postuliert.
- Eine Einschränkung in der Kommunikation nach aussen (Kontaktaufnahme, Affektmitteilung, Empathie) wird von der Objektpsychologie postuliert.

- Eine Einschränkung in der Fähigkeit zur Bindung an innere Objekte (Internalisierung, Introjekte nutzen, variable Bindungen) wird von der Objektpsychologie postuliert.
- Eine Einschränkung in der Bindung an äussere Objekte (Bindungsfähigkeit, Hilfe annehmen können, Bindungen lösen) wird von der Objektpsychologie postuliert.

Eine niedrige Gesamtstruktur wird vom objektpsychologischen Modell postuliert. Einschränkungen in der Gesamtstruktur werden vom ich- und vom selbstpsychologischen Modell angenommen.

Bezogen auf die untersuchte Stichprobe heisst dies, dass im Rahmen des Haupt- und Zweitekonflikts beim Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt von grosser Bedeutung ist. Letztlich sind alle psychoanalytischen Suchtmodelle für diese Konflikte bedeutsam, insbesondere das triebpsychologische. Die Gesamtstruktur wird am besten durch das ich- und das selbstpsychologische Modell beschrieben, auch das objektpsychologische Modell gibt wichtige Hinweise. Das triebpsychologische Modell hat hierfür die geringste Bedeutung.

Die Patientengruppe mit geringer Gesamtstruktur ist psychodynamisch am besten durch geringe Werte in den Strukturitems und durch das ich-, selbst- und objektpsychologische Modell zu verstehen. Dabei werden die defizitären Ichstrukturen am besten durch das ich- und das selbstpsychologische Modell beschrieben, schwere Ichstörungen im Sinne von Psychopathologien am besten durch das objektpsychologische Modell. Normal strukturierte Patienten sind durch alle psychoanalytischen Suchtmodelle gut zu beschreiben, da auch Konflikte, welche v. a. im triebpsychologischen Modell bedeutsam sind, wichtig sein können.

#### *Fazit*

Obwohl die OPD keine modellspezifischen Aussagen macht, können die Teilbereiche der Strukturachse besser durch das ich-, selbst oder objektpsychologische als durch das triebpsychologische Suchtmodell beurteilt werden. Im Einzelfall können die Patienten unterschiedlich gut durch die einzelnen Suchtmodelle beschrieben werden, doch jedes Modell kann Aussagen für spezifische Patienten machen.

## 12.5 Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien: Bezugnahme auf Befunde der Arbeit und psychoanalytische Theorien zur Methadonsubstitution

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der OPD auf Gruppenebene mit den psychoanalytischen Beiträgen zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution verglichen werden, insbesondere darum, weil es sich bzgl. der Merkmale der OPD um eine relativ heterogene Patientengruppe handelt.

Theorien zur Heroinabhängigkeit ziehen je nach ihrem theoretischen Hintergrund unterschiedliche Aspekte herbei. Letztlich verfolgt dabei das Heroin v. a. die Funktion einer Selbstmedikation. Khantzian (1985) sieht die Funktion v. a. in der Affekt- und Triebabwehr. Bei Heroinabhängigen sieht er v. a. eine Selbstversorgungsproblematik. Miller (2002) sieht in der Spritze ein Übergangsobjekt.

Bei der Methadonsubstitution wird v. a. die entlastende Funktion des Methadons beschrieben. So wird die Agitiertheit der Methadonpatienten reduziert, ihre Ängste werden gesenkt. Weiter wird das Craving unterdrückt, die Beschaffungskriminalität reduziert. Zudem gibt das Methadonprogramm auch Struktur (Hagman, 1995). Methadon diene aber auch als Selbstobjekt, ordne Affekte und verbessere dadurch die Ichfunktionen. Hagman (1995) zieht dabei auch direkte Verbindungen mit neurobiologischen Erklärungsmodellen von Methadon. Psychoanalytische Beiträge zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution sehen in diesen Substanzen jeweils eine Selbstmedikation und zeigen dadurch eine Nähe zu neurobiologischen Erklärungsmodellen. Teilweise wird sogar von neurologischen Schäden ausgegangen.

Im Vergleich mit den Ergebnissen der OPD zeigt sich, dass es sich bei der untersuchten Patientengruppe um eine relativ heterogene Gruppe handelt. Die Befunde psychoanalytischer Beiträge müssen deshalb adaptiert werden. Die Ratings zeigten, dass es (gemessen durch das Gesamtstrukturniveau) sowohl gut bis mässig strukturierte Patienten wie auch gering strukturierte Patienten gibt. Die meisten Patienten werden zwischen mässig und gering eingeschätzt, es gibt aber auch viele mässig strukturierte. Übertragen heisst dies, dass die Methadonsubstitution die strukturellen Defizite nicht oder nur teilweise beeinflussen kann (vgl. gering strukturierte Patienten). Daher scheint die Medikation nur teilweise die Funktion einer Selbstmedikation zu haben. Aus diesen Überlegungen scheint dem Autor fraglich, ob die OPD in Bezug auf diese Patientengruppe alle Aspekte der Selbstmedikationshypothese abbilden kann.

Da es sich um eine relativ heterogene Patientengruppe handelt, kann schlecht eine allgemein gültige Aussage für diese Gruppe gemacht werden. Es gibt Hinweise dafür, dass methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten bei der Selbstregulierung Schwierigkeiten aufweisen. So kamen sie beim OPD-Rating nicht über ein mässiges Strukturniveau hinaus. Es wird vermutet, dass bei normal strukturierten Patienten psychodynamische Konflikte eher eine grössere Rolle spielen, bei gering strukturierten eher die Struktur.

Bei diesen Aussagen zu methadonsubstituierten Patienten muss eingeschränkt werden, dass es sich dabei um ein relativ eingeschränktes Klientel handelt. So machen die OPD-Befunde z. B. keine Aussagen über psychotische methadonsubstituierte Patienten, es wurden relativ strenge Ein- und Ausschlusskriterien verwendet.

### *Fazit*

Da es sich bei den untersuchten Patienten psychodynamisch um eine relativ heterogene Gruppe handelt, und die psychoanalytischen Suchtmodelle nicht operationalisiert wurden, ist eine Prüfung der Modelle in einem statistischen Sinn nicht möglich. Die Ergebnisse wurden aber auf die Aussagen der Suchtmodelle angewendet.

## 12.6 Einschränkungen: Kritische Betrachtung der OPD-Interviews und der OPD-2

Folgende Argumente sollen kritische Hinweise sein, die sich im Laufe des Prozesses der OPD-Interviews und der OPD-Ratings gezeigt haben. Diese Hinweise sollen nicht die Validität dieser Arbeit einschränken, noch das Untersuchungsinstrument der OPD-2 in Frage stellen. Es soll viel mehr auf Schwierigkeiten der Arbeit und auf Einschränkungen der OPD hinweisen. Nachfolgend sollen Gründe für die relativ geringe Interrater-Reliabilität genannt werden. Die folgenden Erklärungen und Kritiken gründen auf Erfahrungen aus der Arbeit und aus den Fort- und Weiterbildungen sowie aus den Interventionsgruppen der OPD.

*Forschungsinstrument:* Es muss berücksichtigt werden, dass es sich bei der OPD um ein relativ komplexes Forschungsinstrument handelt, bei dem psychodynamische Aspekte abzubilden versucht werden. Deshalb ist zu erwarten, dass die Interrater-Reliabilitäten geringer ausfallen als in anderen psychometrischen Verfahren wie dem BDI (Hautzinger et al., 1994). Zudem fällt die Interrater-Reliabilität der OPD-2 bei den Strukturitems noch geringer aus, da im Vergleich zur OPD-1 Zwischenstufen eingeführt wurden.

*Interviewführung:* In den OPD-Interviews hat sich gezeigt, dass der Fokus auf die Substanzabhängigkeit, auf die Biographie, auf die Konflikt- und Strukturitems von der Grundidee der OPD, eines halb standardisierten beziehungsfokussierten Interviews, wegführt. Dieses Problem wurde im Laufe der Erhebung erkannt und konnte teilweise korrigiert werden. Trotzdem muss beachtet werden, dass hier in der Fort- und Weiterbildung der OPD noch ein Verbesserungspotential steckt, dass auf die Interviewführung noch mehr der Fokus gelegt werden sollte.

*Vorkenntnisse der Rater:* Rater, die v. a. mit dem Rating der OPD-1 vertraut waren, rateten anders als Rater, die mit der OPD-2 vertraut waren. Dieses Problem konnte allerdings schnell durch Hinweise der in der OPD-2 geschulten Rater behoben werden, indem erstere Rater z. B. auf ein beobachtungsnahes Rating hingewiesen wurden.

*Deskriptives oder hypothesengeleitetes Rating:* Die OPD-2 beansprucht ein deskriptives Ratingverfahren zu sein. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten und Psychoanalytiker denken oft hypothesengeleitet und raten entsprechend in der OPD nach einer hypothesengeleiteten



Logik. Beim Vergleich der Ratings zeigte sich teilweise zu Beginn, dass mit einer solchen Logik unter Umständen alle Ratings verzerrt waren, wenn die Ratings im Konsensrating verglichen wurden und nicht einem hypothesengeleiteten Rating entsprachen. Dieser Fehler konnte behoben werden, indem die Rater auf ein deskriptives Rating hingewiesen wurden.

*Hypothesengeleitetes Rating:* Auch wenn das OPD-Rating deskriptiv ausgewertet werden sollte, kann es von Hypothesen der Rater geleitet sein. Bei Patienten, die im Interview z. B. klar eine niedrige Selbstregulierung im Sinne des erhöhten Substanzkonsums bei psychischer Belastung aufwiesen, wurde teilweise die Gesamtstruktur gering eingeschätzt. Ebenso wurden Aussagen gegen die Methadonsubstitution im Sinne einer niedrigeren Selbstregulierung oder einer niedrigen Gesamtstruktur interpretiert. Im Konsensrating konnte dieser Bias behoben werden.

*Abhängigkeit von Konflikt- und Strukturrating und Vorkenntnisse von Studien:* Die oben beschriebenen Befunde, dass bei niedrig strukturierten Probanden häufiger der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt geratet wird, beeinflusste auch in dieser Arbeit das Rating: Teilweise wurden in Ratings von niedrig strukturierten Patienten der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt häufiger als „vorhanden“ oder „sehr vorhanden“ angegeben. In den Konsensratings fiel dieser Bias allerdings weg, weil das Rating durch Diskussion gemeinsam eingeschätzt wurde. Dabei wurde deskriptiv auf ein durch den Interviewinhalt begründetes Rating eingegangen. Dieser Kritikpunkt hebt im Grunde nur die von der OPD-2 beschriebene gegenseitige Abhängigkeit von Konflikt und Struktur hervor.

Die Arbeit kann als „naturalistische Studie“ verstanden werden. Das heißt, dass sie von Personen durchgeführt wurde, die Grund- und Aufbaukurse der OPD absolviert hatten. Sie wurden aber nicht von einem der Entwickler der OPD geführt. Die Ratergruppe variiert, was eine homogene Angleichung der Ergebnisse weniger wahrscheinlich macht.

*Unterschied zwischen Konflikt und konflikthafter Belastung:* Obwohl Konflikte von der OPD-2 klar definiert sind, zeigte sich im Konfliktrating, dass es sich bei gewissen Konfliktratings streng genommen nicht um Konflikte, sondern um konflikthafte Belastungen handelte. Bezüglich des Haupt- und des Zweitkonflikts konnte diese Einschränkung allerdings ausgeschlossen werden, dass es sich dabei immer um Konflikte nach der OPD-2 handelte.

*OPD bei Substanzabhängigen:* Jakobsen (2014) weist darauf hin, dass die Persönlichkeitsdiagnostik durch den Umstand, dass die Patienten substanzabhängig sind, beeinflusst und geblendet ist. So werden insbesondere Konflikte weniger differenziert.

*Erschwerte Untersuchungsbedingungen:* Im Gegensatz zu anderen OPD-Studien (z. B. Nitzgen & Brünger, 2000a) wurden die OPD-Interviews in dieser Arbeit unter erschwerten Bedingun-

gen erhoben. Es ging dabei nicht um ein standardisiertes Verfahren im Rahmen einer stationären Psychotherapie, sondern um OPD-Interviews, die in einem Ambulatorium geführt wurden. Die Patienten waren nur teilweise motiviert, befanden sich teilweise nicht in psychotherapeutischer Behandlung und wurden teilweise ad-hoc für die Teilnahme an der Studie motiviert.

*Zeitkriterium:* Die OPD-2 setzt im Rating der Interviews das Zeitkriterium von zwei Jahren. Im Interview werden aber auch länger zurückliegende Angaben zur Erfassung der Psychodynamik erfragt. Diese Angaben können einen Einfluss auf die Einschätzung der Items haben und beispielsweise bei einer unterschiedlich starken Gewichtung der aktuellen und früheren Gewichtung der Items zwischen den Ratern zu einer geringeren Interrater-Reliabilität führen.

*Interpretation der geringen Reliabilität:* Eine Interpretation der geringen Reliabilitätswerte wäre, dass sich die beiden Rater in ihrer Einschätzung v. a. zu Beginn weniger einig gewesen wären. Dies wurde aber in einer Analyse geklärt, wonach dieser Effekt nicht auf den Vergleich von früher und später eingeschätzten Interviews zurückzuführen ist.

## 12.7 Interpretation der Patientengruppen

Normal strukturierte Patienten zeigen hohe Werte in der Rehabilitations-Orientierung, tiefe Werte in der Methadon-Entzugs-Orientierung (unterscheiden sich dabei nicht von den gering strukturierten Patienten) und einer geringen Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung. Dieses Einstellungsmuster weist darauf hin, dass eine langfristige Methadonsubstitution eher als eine Belastung denn als eine Entlastung wahrgenommen wird (Hunziker & Boesch, 2008, S. 196). In den weiteren Patientenvariablen, wie Alter etc., unterschieden sich die normal strukturierten Patienten insofern, dass sie im Vergleich zu den gering strukturierten eine signifikant tiefere Methadondosis haben. Das heisst, dass normal strukturierte Patienten sich eher auf eine langfristige Methadonsubstitution einstellen können. Bei den gering strukturierten Patienten ist die negative Einstellung eine Kombination der strukturellen Einschränkungen und einer höheren Methadondosis. Die gering strukturierten Patienten unterscheiden sich nicht in ihrer Methadon-Entzugs-Orientierung von den normal strukturierten Patienten, sie weisen im Vergleich zu ihnen aber eine höhere Methadondosis auf, die sie abbauen möchten. Diese gibt Hinweise auf ihre negative Einstellung zu Methadon.

## 12.8 Psychodynamische Überlegungen bezüglich der Patientengruppen und der OPD

Das einzige Modell, das sich direkt mit den Einstellungen zur Methadonsubstitution und der Psychodynamik befasst, sind Hunziker und Boeschs Interpretation bzgl. der Patientengruppen

(2008). Sie lehnen ihre Ausführungen an Wurmser (2000a) an und formulieren dabei eine Psychodynamik der Heroinabhängigkeit, die durch künstliche Affektabwehr, einem phobischen Kern, Schutzphantasien, narzisstischer Objektwahl, Identitätsspaltung und akuter narzisstischer Krisen gekennzeichnet ist (Hunziker & Boesch, 2008, S. 211f).

Die gering strukturierten Patienten lassen sich in den zuvor von Wurmser beschriebenen Bereichen identifizieren. Es wird von einer starken Diskrepanz zwischen Ich-Entwicklung und narzisstischen Ansprüchen, die zum Heroinkonsum führte, ausgegangen. Die Funktion des Heroins ist eine Versöhnung zwischen den narzisstischen Ansprüchen und der realen Ich-Entwicklung. Diese Heroinkonsum-Lösung wird aber vom Über-Ich abgelehnt. Der Heroinkonsum wird deshalb vom Ich als massiven Störfaktor, als ich-dyston verstanden. Es kommt zu einer kontraphobischen Reaktion, zu Schuldgefühlen durch den Heroinkonsum, die auf die Methadonsubstitution übertragen werden. Das Methadon wird bei gering strukturierten Patienten vom Über-Ich genauso verworfen wie der Heroinkonsum. Das Methadon werde zu einem bösen Partialobjekt. Bei gering strukturierten Patienten handelt es sich um Patienten, mit einer Persönlichkeitsstruktur, die eine starke Über-Ich-Problematik aufweisen, z. B. depressive Störungen. Das Methadon übernimmt die Rolle eines Hilfs-Über-Ichs. Diese Patienten versuchen den Über-Ich-Druck zu externalisieren, indem sie mit Methadonabbau das Über-Ich, d. h. ihre Schuldgefühle, extrapsychisch regulieren. Der Methadondosis-Abbau diene deshalb unbewusst der Regulierung des Über-Ichs (Hunziker & Boesch, 2008, S. 219f).

Die normal strukturierten Patienten lassen sich als eine relativ heterogene Patientengruppe mit geringerer Entzugs-Orientierung beschreiben. Sie kann sich deshalb auf eine längerfristige Methadonsubstitution einlassen. In Bezug auf die OPD können die normal strukturierten Patienten mit den Überlegungen von Hunziker und Boesch (2008) mit den *Methadonbenutzern* verglichen werden. Zwar sind Über-Ich-Thematiken in den OPD-Befunden vorhanden, stehen aber nicht im Zentrum. Im Zentrum steht der Konflikt nach Versorgung und Autarkie. Dem Autor scheint v. a. der heuristische und klinische Wert der Überlegungen von Hunziker und Boesch (2008) bedeutsam.

## 13. Psychodynamisches Modell der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution

### 13.1 Psychodynamisches Modell der Methadonsubstitution

#### *Einleitung*

Letztlich hatte diese Arbeit das Ziel, psychoanalytische Theorien der Substanzabhängigkeit, genauer der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution zu beschreiben, um ein psychodynamisches Modell der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution zu entwickeln.

Bei der Literaturrecherche mit PUBMED, bei welcher „heroin“ und „psychoanalysis“ eingegeben wurden, wurden vier Publikationen gefunden (Valentine & Fraser, 2008; Johnson, 1999; Courtwright, 1997; Wurmser, 1985). Bei der Bearbeitung der Artikel fiel auf, dass diese bei genauerer Betrachtung die Heroinabhängigkeit als eine Substanzabhängigkeit behandeln, diese aber nicht spezifizieren. Als Grundlage des Modells zur Heroinabhängigkeit diene Millers Artikel zur Heroinabhängigkeit, „Heroin Addiction: The Needle as Transitional Object“ (2007). Es liessen sich auch bei einer ausgeweiteten Literaturrecherche keine weiteren Publikationen zu diesem Thema finden. Bei der Literaturrecherche zur Methadonsubstitution mit den Begriffen „methadone“ und „psychoanalysis“ wurden sechs Publikationen (Valentine & Fraser, 2008; Johnson, 1999; Moatti, 1998; Courtwright, 1997; Bucher & Costa, 1985; Rine, 1973) gefunden. Ähnliche Begriffe führten nicht zu mehr Publikationen.

Als Grundlage des Modells zur Methadonsubstitution dienten die Publikationen von Hagman, 1995; Potik und Mitarbeiter, 2007; Scherbaum und Heigl-Evers, 1996; Valentine und Fraser, 2008. Zudem wurden die Arbeiten von Hunziker und Boesch (2008) und die Übersichtsarbeit von Subkowski (2000) zur Bearbeitung dieses Themas herangezogen. Die verwendeten Artikel wurden alle mit einem behandlungsbezogenen Fokus verfasst.

#### *Fazit*

Es zeigt sich, dass es relativ wenige Publikationen zu diesen Themen gibt. Zudem gibt es bis heute mehr psychoanalytische oder psychodynamische Publikationen, die sich explizit mit der Methadonsubstitution als mit der Heroinabhängigkeit befassen. In Bezug auf die psychoanalytischen Modelle scheint unter den relativ wenigen Publikationen das objektpsychologische Modell, v. a. mit dem Konzept des Übergangsobjekts, vertreten zu sein. Die Publikationen zur Methadonsubstitution sind weniger substanzspezifisch als viel mehr behandlungs- und therapieorientiert.

### *Ziele eines Modells der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution*

Als Kritik bestehender Suchttheorien muss letztlich angemerkt werden, dass sie alle relativ wenig substanzspezifisch sind. Sie wurden zumeist von der Alkoholabhängigkeit abgeleitet und danach auf alle Substanzabhängigkeiten bezogen. Dass eine Alkoholabhängigkeit sich aber in mehreren Bereichen der Psychodynamik von einer anderen Abhängigkeit wie der Heroinabhängigkeit unterscheidet, muss auch von psychoanalytisch orientierten Forschern anerkannt werden. Wenn Wurmser (2000a) in seiner Theorie der Toxikomanie ein Modell zur Substanzabhängigkeit entwirft, bleibt unklar, ob dies auf die Alkohol- und die Heroinabhängigkeit angewendet werden kann. Unter dieser wissenschaftlichen Unsicherheit müssen psychodynamische Überlegungen, die sich auf dieses Modell stützen, wie sie von Hunziker und Boesch (2008) formuliert wurden, kritisch betrachtet werden.

Diese Arbeit verfolgte deshalb das Ziel, ein Modell zur Methadonsubstitution zu erarbeiten, das spezifisch ist. Ein Modell zur Methadonsubstitution muss also immer sowohl substanz- wie auch therapiebezogen ausfallen, da Methadon, auch wenn es als Substanz auf der Strasse konsumiert werden kann, immer in einem therapiebezogenen Rahmen stattfindet. Die Methadonsubstitution wird normalerweise dann aktuell, wenn über einen längeren Zeitraum ein Opiatkonsum, z. B. der Konsum von Heroin besteht und dieser Züge einer Abhängigkeit angenommen hat.

Im Folgenden wird also zuerst auf ein Modell zur Heroinabhängigkeit eingegangen, danach wird ein Modell zur Methadonsubstitution entwickelt. Dabei sind das entwickelte Modell der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution nicht unabhängig. Das Modell der Methadonsubstitution wird als Therapiemodell in einem umfassenden Sinn angesehen. Es soll die Situation von Methadonpatienten wiedergeben. Wegen der relativ geringen spezifischen Publikationen für die Heroinabhängigkeit werden aktuelle Publikationen zur Substanzabhängigkeit und der Heroinabhängigkeit verwendet, um ein Modell zu entwickeln. Beim Modell zur Methadonsubstitution fliessen auf dem Modell der Heroinabhängigkeit aufbauend Publikationen zur Methadonsubstitution mit ein.

## 13.2 Modell der Heroinabhängigkeit

Rascovsky (1997) stellte einen triebpsychologischen Ansatz der Substanzabhängigkeit vor. Er teilt Süchtige in drei Gruppen ein:

1. Neurotisch Süchtige: Sie suchen eine Möglichkeit nach Erleichterung bei ausgeprägtem Über-Ich-Druck. Dabei bestehen grosse Unterschiede zwischen Real-Ich und Ich-Ideal. Bei dieser Gruppe bleibt der Kontakt mit der Realität noch erhalten.

2. Eine zweite Gruppe zeichnet sich durch den stärkeren Rückzug in die primärprozesshafte Quasirealität der Substanz (narzisstischer Rückzug von fragilen Objektbeziehungen zur halluzinatorischen Befriedigung in der Phantasie) aus. Zunächst führt dies zu einem Triumph über die narzisstischen Traumata. Später führt dies aber erneut zu Wut, Hass und perversen Episoden. Substanzen helfen dabei, angsterzeugende Situationen in sexuelle Situationen umzudeuten. Sie tragen durch Enthemmung der Triebe, Verleugnung der Kastrationsangst zur narzisstischen Strukturierung des Ichs bei. Ein reifes Ich mit Abwehrmechanismen wie Verdrängung wird ausgeschaltet. Substanzen führen zu gesteigerter libidinöser Besetzung und prägenitale erotische Zonen werden besetzt.
3. Schwer gestörte Patienten: Die hierarchische Triebordnung wird aufgehoben, Triebwünsche werden aufgegeben, eine nichtobjektale körperliche Befriedigung wird in der Herabsetzung der Triebspannung auf null gesucht. Die Substanz führt zur direkten Triebspannungsreduzierung, zur Freisetzung des Todestribs, des Nirvanaprinzips.

Tress (1985) hat ein objektpsychologisch orientiertes Modell der Sucht vorgeschlagen. Nach ihm liegt den Substanzstörungen ein introjiziertes böses Objekt zugrunde. Die Substanz wirkt dann im Sinne einer Selbstheilung. Er bezieht sich auf ein Entwicklungsmodell reifer Objektbeziehungen, das auf Jacobson (1973) und Kernberg (1978) basiert.

1. Im autistischen Primärstadium herrschen körperlich behaglich-lustvolle und ohnmächtige Befindlichkeiten vor.
2. In der Symbiose entstehen erste verschmolzene Selbstobjekt-Vorstellungen. Diese grenzen sich von chaotischen und bedrohlichen Zuständen ab.
3. In der Differenzierungsphase werden getrennte positive Selbst- und Objektrepräsentanzen differenziert (Partialrepräsentanzen).
4. In der Borderlineposition überwiegen wegen dem Austausch mit der positiven Umwelt positive Selbstpartial- und Objektrepräsentanzen, stabile Spaltungsmechanismen werden installiert.
5. Mit dem Erreichen der Individuation der depressiven Position können auf Dauer positive Partialrepräsentanzen dominieren. Selbst- und Objektrepräsentanzen können nun integriert werden, Trauerarbeit ist nun möglich und Schuldgefühle können empfunden werden.

Die übermächtig starken Selbst- und Objektrepräsentanzen bleiben aufgrund ihrer Gefährlichkeit (auf vorsprachlichem Niveau) ausgeschlossen.

Die Pathologie der Sucht sieht Tress (1985) im frühen symbiotischen Interaktionsstadium. Es ist ein angepasstes, aber wenig authentisches Selbst-Weltbild, zwischen dem Erleben symbio-

tischer Triumphgefühle und negativer Affekte gibt es keine Übergänge. Tress sieht eine Verschmelzung mit dem scheinbar guten Objekt (Substanz Alkohol). Das Partialobjekt (Substanz) führt im Entzug zu einem narzisstischen Trauma. Dies zeigt sich in den bösen Selbstobjekt-Repräsentanzen, der Zerstörungskraft der Substanz. Die Substanz gehört beiden Selbstobjekt-Bereichen an. Tress (1985) geht in seinen Ausführungen über Abhängige von einer relativ homogenen Gruppe aus. Mit seiner vorgeschlagenen „Suchtstruktur“ werden aber nur ein Teil der Heroinabhängigen oder Methadonpatienten erfasst, derjenige mit strukturellen Störungen.

Heigl-Evers und Heigl (1991) formulieren ein objektpsychologisches Modell der Substanzabhängigkeit, der sie eine strukturelle Störung zugrunde legen. Dabei sind die Selbst- und Objektrepräsentanzen wenig abgegrenzt und wenig integriert. Es bestehen unzureichende innere Regulationsfunktionen. Mit primitiven Abwehrmechanismen werden Teilobjektbeziehungen hergestellt, bei denen das positive Teilobjekt entweder eine (vgl. Subkowski, 2000, S. 257f):

- substituierende, triebbefriedigende,
- über einen Zusammenschluss mit dem idealisierten Selbst und Realselbst eine narzisstisch stabilisierende oder
- über eine Hilfs-Ich-Funktion eine reizschützende Wirkung, respektive auch andere Ich-funktionen übernehmen kann.

Ein weiterer Bestandteil ist der Zusammenbruch der interpersonalen Abwehr, was zu einem Versagen des Teilobjekts führt und mit körperlicher Unlust und Panik verbunden ist. Zudem wird die Aussenstützung an die Substanz delegiert.

Nitzgen (2003) sieht die Substanzabhängigkeit als Abwehrorganisation. Er sucht nach einem psychodynamisch stringenten Suchtbegriff. Dabei schlägt er vor, den Suchtbegriff von Voigtel (1996) zu verwenden, der davon ausgeht, dass die Sucht mit der Überlassung an ein unbelebtes Objekt zu kennzeichnen ist. Nitzgen (2003) bezieht dabei Überlegungen Lindners (1998) ein, wonach die Suchtdiagnostik ein Ineinander von Konflikt- und Strukturpathologie berücksichtigen müsse. Er kritisiert Rosts Suchtkonzept (1992) als rein additive Aneinanderreihung von Modellen und hebt hervor, dass ein Suchtbegriff behandlungspraktisch sein müsse. Für ein psychodynamisches Verständnis der Sucht müssen pharmakologische und psychologische Mechanismen berücksichtigt werden. Basierend auf Simmels (1948) Suchtkonzept hebt er die psychologische Funktion des beruhigenden Charakters des Substanzkonsums hervor, ebenso die zuverlässige Verfügbarkeit. Davon leitet er den psychodynamischen Modus der Sucht ab, sich einem unbelebten Objekt zu überlassen. Dies ist mit einer projektiven Zuschreibung menschlicher Qualitäten verbunden (Voigtel, 1996). Bei „schweren Fällen“ geht

Voigtel (1996) von einem mangelnden Selbstwertgefühl aus. Zudem fehlt Affektdifferenzierung, es herrschen Ohnmachts- und Schuldgefühle vor, die zu einem negativen Selbstbild führen. Die Hingabe an ein unbelebtes Objekt ist für die Sucht spezifisch (Voigtel, 1996).

Doch nicht nur die Persönlichkeitsstruktur ist defizitär (vgl. Kohut, 1977), das Symptom kann auch als eine Kompromissbildung verstanden werden. Es ist nicht nur das Ausfüllen eines narzisstischen Defizits oder eine vom Über-Ich geleitete Selbstzerstörung, sondern ein agierter Abhängigkeitswunsch (Trieb) und dessen Verdrängung durch Verschmelzung mit einem unbelebten Objekt. Die Abwehr, welche sich als Verdrängung zeigt, manifestiert sich in einem bewussten, zwanghaften Ablauf. Der spezifische Modus der Suchtdynamik zeigt sich in einer Passivität des Selbst gegenüber dem Objekt. Es geht auch um die Abwehr basaler Beziehungswünsche. Die Spezifität des süchtigen Modus sieht Voigtel (1996) im Vergleich zu anderen Störungsbildern des Selbst v. a. in der Motivation und in der Aktivität (Voigtel, 1996).

Wie lässt sich der psychodynamische Suchtbegriff operationalisieren? Nitzgen (2003) schlägt hier vor, Passivität in den Konflikten und in der Struktur der OPD abzubilden. Die Passivität zeigt sich in der Strukturachse, dagegen lässt sich die Überlassung an ein unbelebtes Objekt nicht auf der Konfliktachse abbilden. Der Modus der Verarbeitung ist suchtspezifisch. Der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt, der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt und der Schuldkonflikt lassen sich abbilden.

Nitzgen (2003) schliesst, indem er die Überlassung an ein unbelebtes Objekt in einen Zusammenhang stellt: Es geht um die Abwehr eines Abhängigkeitswunsches. Der Modus kann nicht nur auf einen Abhängigkeitsmechanismus reduziert werden. So bezieht sich Nitzgen (2003) auf Hoffer (1954) und bezeichnet die Sucht als komplexe Abwehrorganisation. In Bezug auf die OPD sind eine individuelle Kombination von Konflikt- und Strukturdimensionen, Funktionen und Wirkung der Substanz sowie die Ausprägung des Suchtgeschehens insgesamt bedeutsam. Es gehe also darum, die psychologische Funktion genau zu diagnostizieren und zu beschreiben, welche Konflikt- und Strukturdefizite wie kompensiert werden. Die OPD bietet eine Möglichkeit zur Differenzierung der süchtigen Abwehrorganisation. Der Abhängigkeitswunsch wird auf die Substanz verschoben (Nitzgen, 2003). Auch Nitzgens Überlegungen zur Substanzabhängigkeit (2003) „als Überlassung an ein unbelebtes Objekt“ lassen relativ wenig Spezifität für Substanzen zu. Auch sind die Ausführungen zur Diagnostik mit der OPD (noch) relativ unspezifisch.

Das Übergangsobjekt Spritze wird von heroinabhängigen Patienten gewählt, die in der frühen Kindheit Deprivation und Trennungstraumata erlebt haben (Miller, 2002). Objektpsychologisch ist bei heroinabhängigen Personen eine Leere feststellbar. Eine „good enough mother“



macht es für das mütterliche Bild (image) möglich, intrapsychisch erhältlich zu werden. Anna Freud (1967) geht von zwei Objekten aus: der narzisstischen und der anaklitischen Objektwahl. Die letztere ist gekennzeichnet durch ihren abhängigen, passiven Charakter, der Suche nach dem primären mütterlichen Objekt, das nie existierte. Der Substanzabhängige kann nur das selbstzerstörende Übergangsobjekt der Spritze wählen, um sich mit spaltenden Teilobjekten zu verbinden (Miller, 2002).

Bei Substanzabhängigkeiten werden frühe traumatische Objektbeziehungen angenommen. Ein psychodynamisches Modell der Heroinabhängigkeit muss die psychoanalytische Theorie, also die der unbewussten Motivation im menschlichem Verhalten einbeziehen. Neben Interaktionserfahrungen und genetischen Aspekten bezieht die psychodynamische Sicht auch gesellschaftliche Aspekte mit ein. Die Heroinabhängigkeit hat auch selbstmedikamentöse Bezüge. Ein Schmerz aus der Vergangenheit zeigt sich bewusst und unbewusst in der Gegenwart in einem ausgedehnten Trauma (Kaufman & Kaufman, 1997; Krystal, 1988; Miller, 1996). Nach Khantzian und Wilson (1993) und Weissman und Mitarbeitern (1976) versuchen diese Personen mit einem nicht bewältigbaren Trauma umzugehen. Die Substanz strukturiert und kontrolliert. Nach Wurmser (1974) bedeutet die Substanzabhängigkeit, also auch die Heroinabhängigkeit, unbewusste Affektabwehr und versteht diese als Enactment von Affektintoleranz der genetischen (spezifischen) Geschichte und Angriffen auf Affekte, die als zu überwältigend und gefährlich für das psychische Überleben erlebt werden. Wurmser sieht in der Substanzabhängigkeit einen engen Zusammenhang mit Scham und Beschämung, den Versuch, Verbindung zu Objekten zu wahren (1974, S. 797). Die Spritze wird deshalb als Übergangsobjekt zur Mutter gewählt, weil die Milch fehlte. Die „good enough objects“ fragmentieren, werden zu internalem Chaos und rufen Leeregefühle hervor. Dies führt zum phantastischen Bedürfnis, der Einsamkeit und der Isolation zu entfliehen. Substanzen sind mit sozialen Interaktionen verbunden und werden u. a. wegen einer mangelnden Impulskontrolle und der Unfähigkeit, Angst und Affekte zu tolerieren, eingenommen (Johnson, 1999; Wurmser, 1974). Da die Objektkonstanz fehlt, mütterliche, reparative Images zu halten, werden andere Objekte schizoid wahrgenommen. Die Eltern sind zwar schlecht, sind aber die einzige Möglichkeit, wenn Überleben ohne sie fehlte (Miller, 2002, S. 78). Die Utensilien (u. a. Spritze) und der Heroinkonsum fungieren als Übertragungsobjekte – sie sind immer erhältlich und werden als mütterliche Introjekte idealisiert. Winnicott (1965) und Bion (1977) gehen vom „attained holding“ und „handling“ des Kindes aus. Es geht um Modulierung von Affektzuständen, die präsymbolisch repräsentiert sind. Es geht um die motorische Erfahrung, dass physikalische und emotionale „inviolate“ sind (Stolorow, 2001, S. 380f). Bei Deprivation kann diese biologische

Bedingung für Objektbezogenheit nicht entwickelt werden, weshalb die Spritze dafür eingesetzt wird. Moore und Fine (1990) gingen bei der Substanzabhängigkeit von einem Übergangsphänomen aus, indem die Substanz das erste „not me“ repräsentiert, und bei der Trennung von der Mutter dem Kind mit Übergangsobjekten (wie Teddybär) hilft. Die Substanz wird dann als Übergangsobjekt in einem pathologischen Prozess transformiert. In der Adoleszenz sind Übergangsobjekte wie Bücher etc. häufig. Bei Substanzabhängigkeiten wie der Heroinabhängigkeit (vgl. Utensilien) sind diese aber primitiv, dysfunktional und in regressiven Entwicklungssequenzen, der kognitive und affektive Ausdruck fehlen. Die Bewältigung von Trennungseignissen durch Übergangsobjekte ist bei der Substanzabhängigkeit also selbstzerstörend. Zugleich besteht wegen dem positiven Effort, mit den frühen Kindheitstraumata umgehen zu können, ein Wiederholungszwang. Der Abhängige spritzt, dies erlaubt ihm, sich eine Konstellation guter Objekte vorzustellen. Dies erlaubt ihm mit dem frühen Trauma umzugehen und die Kontrolle über die Situation zu gewinnen (Miller (2002)). Sie thematisiert zudem die anästhetisierende Wirkung des Heroins. Auch im Ritual des „mainling“ sieht Miller (1996) Übergangsphänomene der schlechten Mutter. So beschreibt sie die Spritze als Übergangsobjekt, als wichtigste Kraft in der Suchtwelt. Sie wirkt als Trigger frühkindlicher Dyade. Die Abhängigkeit ist mit intrinsischer lustvoller Aktivität verbunden. Der Schmerz kann nicht reguliert werden (S. 797). Der Abhängige verleugnet, dass es ein schädliches Verhalten ist. Dieses Verleugnungssystem schützt vor der Erkenntnis des Wiederholungszwangs (Miller, 2002). Sie bleibt in ihren Ausführungen relativ unspezifisch in Bezug auf das Heroin. Ihre Ausführungen treffen auch für andere Substanzabhängige zu. Sie bezieht sich v. a. auf schwer gestörte Patienten. Andere heroinabhängige Patienten, welche den Alltag gut bewältigen, scheint sie mit diesen Ausführungen nicht zu beschreiben. Letztlich scheint auch die Spritze als Übergangsobjekt ein relativ stereotypes Bild des heroinabhängigen Fixers zu repräsentieren.

#### *Fazit und Weiterentwicklung eines Modells der Heroinabhängigkeit*

*Fazit:* Rascovsky (1997) teilt in seiner allgemeinen Suchttheorie Patienten in Gruppen ein: neurotische Patienten, Patienten mit narzisstischem Rückzug und schwer gestörte Patienten. Nach Tress (1985) bestehen bei Abhängigen böse Selbstobjekt-Repräsentanzen. Sie sind von einer Integration ausgeschlossen. Nach seiner Terminologie befinden sich Abhängige auf einer symbiotischen Entwicklungsstufe. Nitzgen (2003) nimmt Voigtels (1996) diagnostische Überlegungen der Überlassung an ein unbelebtes Objekt auf. Er schlägt vor, Abhängige mit der OPD zu diagnostizieren. Für ihn ist die Abwehrorganisation wichtig. Es geht ihm darum,

die individuelle Kombination von vorhandenen Konflikten und Strukturniveaus nach der OPD zu finden. Dabei hat der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt eine zentrale Bedeutung. In einer der wenigen spezifischen psychoanalytischen Arbeiten über die Heroinabhängigkeit sieht Miller (2002) die Spritze als Übergangsobjekt. Die Heroinabhängigkeit versteht sie als Selbstmedikation von Schmerz. Weiter sieht sie eine Affektabwehr und eine Affektintoleranz. Die Funktion der Substanz wird durch die Objektbeziehungen beeinflusst. Ätiologisch sieht sie Deprivationserfahrungen in der Kindheit als ursächlich für die Abhängigkeit, also früher Objektverlust, frühe Kindheitstraumata. So geht es um die Verarbeitung von Schmerz, um das Halten (holding) von körperlichen und affektiven Zuständen. Zugleich besteht im Konsum ein Wiederholungszwang im Umgang mit Leeregefühlen der fehlenden „good enough mother“. Dieses Objekt wird nicht internalisiert. So greifen Abhängige zurück auf eine narzisstische Objektwahl, eine passive und langdauernde. Ein primäres mütterliches Objekt bestand nicht. Die Spritze wird gewählt, um mit der Instabilität umzugehen, sie ist aber auch selbstzerstörend.

*Weiterentwicklung:* Rascovsky (1997) geht von drei Gruppen aus. Für die Gruppe der schwer gestörten Patienten sind die Theorien mit den Übertragungsphänomenen gültig, die anderen zwei Gruppen scheinen weniger schwer gestört. Khantzian (1985) geht bei Opiatabhängigen davon aus, dass die Substanz gegen Aggressions- und Rachegefühle konsumiert wird, durch ihre beruhigende Wirkung abhängig macht. Eine weitere Funktion kann im Umgang mit Schmerz und der Affektabwehr gesehen werden. Diese Funktionen scheinen für alle von Rascovsky beschriebenen Gruppen bedeutsam zu sein.

Zur Ätiologie bzw. Charakteristika späterer Heroinabhängiger können vom Autor keine Aussagen gemacht werden. Prototypisch, dies trifft vermutlich für Abhängige mit einem frühen Krankheitsbeginn und einer niedrigen Gesamtstruktur zu, wird eine Störung im frühen symbiotischen Interaktionsstadium angenommen. Dies führt zu verschmelzenden Selbstobjekt-Vorstellungen. Bei früh gestörten Patienten kann die Heroinabhängigkeit ein Umgang mit frühen Kindheitstraumata bedeuten. Der Konsum steht dann im Zusammenhang mit einem Wiederholungszwang.

Unabhängig von der Ätiologie ist bei vielen Heroinabhängigen eine strukturelle Störung festzustellen. Diese besteht v. a. in wenig abgegrenzten Selbstobjekt-Repräsentanzen. Die unzureichende Regulationsfunktion führt in Beziehungen zu Personen und zu Substanzen zu Auffälligkeiten, im Sinne von Teilobjektbeziehungen. Primitive Abwehrmechanismen führen dazu, dass das Heroin ein triebbefriedigender Zusammenschluss mit dem idealisierten und Realselbst bedeutet. Das Heroin hat dann eine Hilfs-Ich-Funktion. Es muss von aussen stüt-

zen, da die intrapersonelle Abwehr längerfristig versagt. Zudem wirkt Heroin beruhigend und hilft mit dem Schmerz aus der Vorgeschichte und der aktuellen Situation besser umgehen zu können, diese erträglich zu machen. Die Einnahme von Heroin hilft Leeregefühle besser zu bewältigen. Heroinabhängige leiden oft unter ihrem niedrigen Selbstwertgefühl und wollen Einsamkeit und Isolation entfliehen. Dabei kommt ihnen beim Heroinkonsum die Abwehr eines Abhängigkeitswunsches zu Hilfe. Sie kann durch die mangelhafte Impulskontrolle nicht aufgeschoben werden. Heroin kann zudem helfen mit der Scham über die psychosoziale Situation kurzfristig hinwegzukommen.

Schliesslich muss betont werden, dass es sich bei Heroinabhängigen um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Die Patienten weisen Auffälligkeiten in den Konflikt- und Strukturdimensionen (OPD) auf. In Bezug auf die Heroinabhängigkeit kann abschliessende Ursachen-Wirkung bestimmt werden. Es besteht vom Autor die Vermutung, dass schwerer gestörte Patienten eher die oben beschriebenen Charakteristika aufweisen. Bei weniger gestörten Patienten wirkt das Heroin eher zur Verbesserung von Hilfs-Ich-Funktionen. Der Heroinkonsum wird dann dazu partiell eingesetzt, teilweise auch zum Lustgewinn.

Bei gering strukturierten Patienten kommen Defizite in der Ichstruktur mehr zum Tragen als bei normal strukturierten Patienten. Dabei spielen existenzielle Konflikte der Individuation vs. Abhängigkeit eine bedeutende Rolle. Bei normal strukturierten Patienten scheinen die Konflikte differenzierter ausgeprägt zu sein als bei den gering strukturierten Patienten, so auch Unterwerfungs- vs. Kontroll- und Schuldkonflikte. Für diese Patientengruppe spezifisch scheint aber der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt zu sein, der bei einer höheren strukturellen Integration bei den normal strukturierten Patienten noch stärker ausgeprägt zu sein scheint als bei den gering strukturierten Patienten.

So besteht weiter die Vermutung, dass Patienten mit geringer Gesamtstruktur, d. h. mit schwerwiegenderen strukturellen Defiziten, ihren Heroinkonsum schlechter regulieren können als normal strukturierte Patienten. Ihnen scheint dies deshalb weniger zu gelingen, weil der Heroinkonsum noch mehr zur Alltagsbewältigung im Umgang mit ihren defizitären Ichstrukturen eingesetzt wird.

### 13.3 Modell der Methadonsubstitution II

#### *Funktion von Methadon, Ätiologie und theoretischer Hintergrund der Methadonsubstitution*

Der Substanzkonsum kann bei Heroinabhängigen als die Kombination von Freude (pleasure), dem Umgang mit dem Trauma und Lust als eine Selbstmedikation verstanden werden. Er ist aber auch selbstschädigend. Deshalb verbindet das Methadonprogramm Freude, Amt (agency)

und Trauma. Doch auch der Heroinkonsum ist noch mit viel Freude (pleasure) verbunden (Valentine & Fraser, 2008).

Hagman (1995) stellt fest, dass es an einem adäquaten Modell der Psychodynamik des Behandlungsprozesses der Methadonsubstitution mangelt. Deshalb gehe es darum, eine psychodynamische Psychologie der Methadonsubstitution zu entwickeln. Hagman (1995) stütze sich auf die selbstpsychologische Intersubjektivitätstheorie von Stolorow, Brandschaft und Atwood (1987). Dabei werden frühe Kindheitserfahrungen für die Ätiologie der Sucht wichtig. Für Hagman (1995) ist die Funktion des Methadons wichtig, von welcher er dann auch therapeutische Interventionsmöglichkeiten ableitet. Er geht davon aus, dass das Methadon die Funktion eines Selbstobjekts übernimmt. Es repariert auch Selbstdefizite, z. B. in der Affektregulation. Diese Reparatur geschieht aber auch im Beziehungs- und Programmkontext der Methadonsubstitution. Hagman (1995) vertritt folgende Thesen:

- Der süchtige Substanzkonsum versucht Defizite der Selbstregulierung zu reparieren.
- Methadon ist der Ersatz für die süchtige Droge, welche die selbstregulierende Funktion letztlich nicht erfüllt.
- Wenn sich der Patient stabilisiert hat, versucht er, andere Bereiche des Services zu nutzen in der therapeutischen Beziehung und um die Stabilität aufrechtzuerhalten.
- Prinzipien, nach denen der Patient seine subjektive Realität „auf der Strasse“ gestaltet, haben einen Einfluss auf die Beziehungen zum Personal des Methadon-Substitutionsprogramms und zeigen sich in Widerstand und Übertragung.
- Die Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten zu helfen, neue, adaptivere Strukturen der Selbstregulierung zu entwickeln.

Khantzian, Halliday und McAullife (1990) sahen folgende Ursachen für den Substanzkonsum:

- um Affekte besser regulieren und tolerieren zu können,
- der Affekt misslingt als Signalfunktion, um Selbstsorge zu leisten,
- Störungen in Beziehungen und Gefühl des Selbstbewusstseins,
- Misslingen kohäsiver und dauernder Erfahrungen, dass der Kern des Selbstbewusstseins durch Affekte determiniert ist.

Khantzian und Mitarbeiter (1990) sehen beim Konsum dieser Substanzen auch die Funktion des Affektmanagements bei narzisstischen Krisen. Es geht dabei um Selbstschutz, Selbstbewusstsein und soziale Beziehungen. Khantzian (1974, S. 67) hob die Vorteile der Methadonsubstitution hervor. Dass Methadon länger wirke, helfe, emotionalen Schmerz, Belastung und Frustration von Rückfällen zu regulieren, was aber auch zu regressiven Reaktionen führen

könne. Methadon hat aber auch die Wirkung, Rache und desorganisierende Affekte in Ich-funktionen zu regulieren. Es bewahrt vor physiologischem Leid. Methadon verträgt sich mit Regeln „auf der Strasse“. Die psychodynamische und biochemische Wirkung gibt physiologische Stabilität. Im Zusammenhang mit der Selbstobjekt-Funktion ist das Methadon viel effektiver und verlässlicher als das Heroin (Hagman, 1995).

Den Sinn des Methadons beschreiben Stolorow, Brandschaft und Atwood (1987, S. 16f) in der intersubjektiven Analyse. Dabei gehen sie von klassisch psychologischen Funktionen aus: „maintenance, restoration und transformation“ von Selbsterfahrung, beibehalten, restoring oder konsolidieren der Selbsterfahrung. Methadon gibt aber auch Schutz, klinische Interaktion und Behandlungsergebnisse. Es beruhigt, schützt, reguliert und hält in belastenden Zuständen. Das Methadon hält wie die „good enough mother“ oder ein Selbstobjekt. Die Psychopathologie bestimmt, wie die Methadonpatienten das Methadon und das Methadonprogramm nutzen. Nach Stolorow und Mitarbeitern (1987) gibt das Angebot des Methadonprogramms eine Form von Realität. Die Regeln, Regulierungen, Grundsätze, Abläufe des Methadonprogramms stellen einen wichtigen Teil der „Holding-Funktion“ (Winnicott, 1965) dar. Die Funktion des Heroins wird (idealerweise, Gedanke des Autors) durch das Methadon ersetzt. Der stabilisierende Effekt von Methadon kann als Basis für psychologische, physiologische und handlungsrelevante Homöostase gesehen werden (Hagman, 1995).

Die Patienten weisen oft Schwierigkeiten mit der Selbststrukturierung auf, was zu Zuständen der Selbstfragmentierung führt. In belastenden Zuständen zeigt sich dies in der Unfähigkeit, Affekte zu modulieren. Die selbstkommunikative Funktion von Affekten als Selbstsignale fehlt. Das Fehlen zeigt sich auch in einem Misslingen in integrativen Zuständen in kognitiv-affektiven Schemata. Die abhängige Person findet darauf eine Antwort im Substanzkonsum (Hagman, 1995).

Potik, Adelson und Schreiber (2007) haben sich mit der psychodynamischen Sichtweise der Methadonsubstitution auseinandergesetzt und sehen sie als Übergangsobjekt. Auch sie verfolgen einen objektpsychologischen Ansatz und wenden Winnicotts Theorie (1965) an. Das Methadonsubstitutionsprogramm (MMT) führe zu einem veränderten Lebensstil. Die Methadonsubstitution verlaufe parallel zu Übergangsphänomenen, wobei das Methadon und die Psychotherapie als Übergangsobjekte fungieren (Potik et al., 2007).

Die Substanzabhängigkeit kann als „absolute Abhängigkeit“ verstanden werden. Winnicott (1965) sieht die Sucht als Suche nach verlorenen Objekten, ähnlich den Übergangsobjekten, als regressive Antwort auf Deprivation. Es ist der Versuch, die Beziehung zur Mutter wieder zu erlangen. Störungen in der Phase der absoluten Abhängigkeit, finden in einer Zeit statt, in

welcher das Kind nach dem Lustprinzip lebt (Winnicott, 1960). Die Substanzabhängigkeit kann dann als absolute Abhängigkeit gegenüber der externen Mutter verstanden werden. Das Entzugssyndrom tritt dann auf, wenn der Abhängige der Realität ausgesetzt wird, welche die Lusterfahrung bedroht. Die Substanz ist aber eine Selbstmedikation im Umgang mit negativen Gefühlen (Potik et al., 2007).

Methadon unterscheidet sich an sich nicht in seiner Funktion als Übergangsobjekt von anderen Psychopharmaka. Es reduziert den Schmerz und beugt Rückfälle vor, Ängste nehmen ab und kriminelle Handlungen werden seltener. Es ruft aber keine euphorischen Gefühle hervor. Das Übergangsobjekt Methadon zeigt sich in einem Übergang zwischen oraler Erotik und richtiger Objektbeziehung. Andere Wissenschaftler wie Summers (1994) sehen die Entwicklungsstörung eher später, in traumatischen Erfahrungen in der relativen Abhängigkeit. Potik und Mitarbeiter (2007) sehen die Beziehung des Kindes zu Übergangsobjekten parallel zum pathologischen Narzissmus. Dabei werden Objekte kategorisch in unterstützend oder wertlos eingeteilt. Objekte werden dementsprechend gebraucht, weshalb es auch zu delinquentem Verhalten (z. B. lügen) kommt. Abhängige weisen nach diesen Überlegungen diagnostisch eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit Ichspaltung auf. Sie zeigen nach Kernberg (1975) primitive Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Spaltung, projektive Identifizierung und Entwertung.

Das Übergangsobjekt ist der erste Besitz des „Nicht-Ich“ (not-me), das Kind nimmt Rechte über das Objekt an (Winnicott, 1971). Von früh an macht das Baby Erfahrungen mit dem subjektiven und dem objektiven Objekt (objektiv wahrgenommen), zwischen den „me-extensions“ und dem „not-me“ (Winnicott, 1971, S. 118). Das kreative Spielen im ruhigen Zustand hat Symbole, die für die externe Welt stehen. Für Winnicott (1971) zeigen sich Übergangsphänomene auch in Zuständen von Einsamkeit, in depressiven Zuständen, vor dem Schlafengehen. Die Substanz kann dann als Abwehr gegen Angst und die depressiven Zustände helfen. Das Craving nimmt zu, wenn das Coping mit den Gefühlen nicht mehr funktioniert. Es ist also ein Craving nach dem Übergangsobjekt und ein Craving nach den Substanzen. Das belastete Individuum geht zum Übergangsobjekt über, das nie versagt, immer erhältlich ist: Zur Substanz (Potik et. al., 2007). Auch Potik und Mitarbeiter (2007) gehen mit der Methadonsubstitution als Übergangsobjekt von einem Stereotyp aus.

Scherbaum und Heigl-Evers (1996) schlagen in ihrer v. a. therapiebezogenen Publikation zur Methadonsubstitution vor, als Ergänzung zur ICD-Diagnose dieser Patienten mit einer hohen psychiatrischen Komorbidität, die Diagnostik durch die psychoanalytische Strukturdiagnose zu ergänzen. Auch sie gehen bei methadonsubstituierten Patienten von Abhängigen aus, die

strukturelle Störungen, Borderlinestrukturen und narzisstische Störungen aufweisen. Das Ich kann die adaptive Aufgabe wegen einer defizitären Entwicklung basaler Funktionen, wie Objektbeziehungen, Affektregulation, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz und Reizschutz nicht leisten. Gestörte Objektwahrnehmungen zeigen sich in einer mangelhaften Objektkonstanz und in einer Beeinträchtigung zur Fähigkeit der Triangulierung (Heigl-Evers & Ott, 1994, S. 9–13). Psychische Konflikte werden ich-synton erlebt. Interaktionen werden reinszeniert und agiert. Scherbaum und Heigl-Evers (1996) implizieren bei der Substanzabhängigkeit eine Strukturdiagnose einer narzisstischen Störung, die sich in einer Selbstwertproblematik aus einer frühkindlichen Lebenssituation zeigt. Objektrepräsentanzen sind auf frühkindlicher Stufe fixiert. Teilobjekte werden dabei benutzt, um im Selbst des Patienten einbezogen zu werden. Sie dienen als Substitute sozialer Interaktionen mit Bezugspersonen. Wenn Substitute innerer Teilobjekte ihre Funktion, den Selbstwert zu steigern nicht mehr erfüllen (Grosch, 1994), führt dies zu Entwertung und Beziehungsabbruch. Zuverlässig bleibt das erreichbare Teilobjekt Substanz. In der Methadonsubstitution wird der chaotische Lebensstil begleitet durch den Heroinkonsum abgelöst durch die verlässliche, aber nüchterne Medikamenteneinnahme der Ersatzsubstanz Methadon. Das Methadon dient also als Hilfs-Ich, das hilft eine Arbeitsbeziehung zu etablieren (Scherbaum & Heigl-Evers, 1996).

Hunziker und Boesch (2008) gehen in ihrer Diskussion zu Einstellungen zur Methadonsubstitution auf die Psychodynamik ein. Sie setzen dabei Wurmser's Suchtmodell (2000a) mit künstlicher Affektabwehr, phobischem Kern, Schutzphantasien, narzisstische Objektwahl, Identitätsspaltung und akuter narzisstischer Krisen voraus (s. o.). Beim Heroinkonsum wird kurzfristig eine Phantasieidentität, vom Über-Ich befreit zu werden, geschaffen. Das Ich wehrt sich u. a. gegen das Gewissen und die Lust im Dienste der Abwehr gegen das Über-Ich und die Aussenwelt (Wurmser, 1987b, S. 237), es geht also um Verleugnung und Gegenphantasien, ein temporäres Schutzsystem. Schutzobjekte zeigen sich im Heroin, Schutzsysteme in der Subkultur. Eine Konfliktlösung erweist sich im Abwehrkampf gegen das Über-Ich und die Aussenwelt. Wichtige Anteile des Über-Ichs und Anteile der Realität (Begrenzungen etc.) werden abgewehrt, kehren aber in veränderter Form zurück. Das Wunsch- wird zum Gefahrobjekt (Hunziker & Boesch, 2008).

Die Methadondosisregulierung wird unbewusst zum Schutzsystem und übernimmt eine Ersatzfunktion (s. o.). Durch Externalisierung der Methadondosis wird nun das Über-Ich reguliert. Bedrohungen wie Angst etc. werden vom Über-Ich auf das Methadon übertragen (Hunziker & Boesch, 2008).



### *Fazit und Weiterentwicklung des Modells zur Methadonsubstitution*

*Fazit:* Hagman (1995) sieht (wie auch für die Heroinabhängigkeit) frühe Kindheitserfahrungen wie Deprivation als ursächlich für die spätere Abhängigkeit. Bei Abhängigen zeigen sich danach Defizite in der Selbstregulierung und Methadon ist der Ersatz für die abhängig machende Substanz Heroin. Nach der Stabilisierung wird auch das Personal zur Selbstregulierung gebraucht. Für die Methadonsubstitution gilt jeweils, dass sie individuell nach dem Patienten verläuft, also auch nach den Prinzipien „auf der Strasse“. Ziel der Methadonsubstitution ist die Selbstregulierung. Regeln, als holding function, können dazu hilfreich sein. Hagman (1995) sieht in seinen Überlegungen den Umgang mit den Selbstdefiziten und der Affektregulierung als zentral an. Potik und Mitarbeiter (2007) sehen die Methadonsubstitution als Übergangsobjekt an. Das Methadon dient dabei dazu, negative Gefühle zu bewältigen, Schmerzen zu reduzieren und Rückfälle vorzubeugen. Psychisch reduziert Methadon zudem Ängste und reduziert im sozialen Bereich kriminelle Handlungen. Scherbaum und Heigl-Evers (1996) sehen bei Methadonpatienten v. a. strukturelle Störungen. Sie gehen von Borderline- und narzisstischen Störungen aus. Teilobjektbeziehungen zeigen sich u. a. in der Methadonsubstitution und in Beziehungsabbrüchen. Hunziker und Boesch (2008) sehen in ihrer psychodynamischen Betrachtung der Einstellungen zur Methadonsubstitution die von Wurmsers (2000a) formulierten Faktoren zur Substanzabhängigkeit (künstliche Affektabwehr, narzisstische Krisen etc.). Das Methadon nimmt den Patienten neben dem Rauschzustand auch das Über-Ich-Schutzsystem.

### *Weiterentwicklung des Modells der Methadonsubstitution*

Was oben in Bezug auf das Modell zur Heroinabhängigkeit beschrieben wurde, gilt auch für die Methadonsubstitution. Methadon erfüllt viele Hilfs-Ich-Funktionen. Es gibt Distanz vor überflutenden Affekten und Ängsten. Dagegen fehlt im Vergleich zum Heroin der „Kick“. Zugleich ist die Methadonsubstitution mit einer Institutionalisierung (Einnahme des Methadons von einer Abgabestelle) verbunden. Dies muss beim Heroinkonsum mit den „Regeln auf der Strasse“ nicht gegeben sein. Die Methadonsubstitution kann also mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einhergehen. Folgende Überlegungen versuchen unterschiedliche Patientengruppen zu beleuchten.

Das folgende Modell baut auf dem Modell zur Heroinabhängigkeit auf. Rascovsky (1997) unterscheidet drei Gruppen, die mit den von Hunziker und Boesch (2008) gefundenen Gruppen Ähnlichkeiten aufweisen. Dabei geht es bei Rascovsky (1997) bei den Patienten mit Über-Ich-Druck um Patienten, welche aus diesem Druck neurotisch durch den Konsum Er-

leichterung des Über-Ich-Drucks suchen. Diese Gruppe entspricht bei Hunziker und Boesch (2008) den Methadon-Ablehnern, wobei bei Hunziker und Boesch (2008) der Über-Ich-Druck bei der Methadonsubstitution nicht ab-, sondern zunimmt. Die Gruppe mit narzisstischem Rückzug (Rascovsky, 1997) weist Ähnlichkeiten mit den Methadonbenutzern (Hunziker & Boesch, 2008) auf. Das Methadon wird u. a. zur Angstbewältigung eingesetzt. Die 3. Gruppe der schwer gestörten Patienten (Rascovsky, 1997) weist Ähnlichkeiten mit den Methadonintegrierern auf. Die Triebordnung ist gestört, Triebwünsche werden durch das Methadon gestillt und so das Methadon in die Persönlichkeit integriert. Der Vergleich der verschiedenen Gruppen ist insofern nicht korrekt, da bei Rascovsky (1997) angenommen wird, dass die Gruppe mit Über-Ich-Druck die Gruppe mit der höchsten Ich-Struktur ist. Bei Hunziker und Boesch (2008) sind es die Methadonbenutzer. Bei Rascovsky (1997) und Hunziker und Boesch (2008) sind unterschiedliche Foki festzustellen: Hunziker und Boesch schreiben über die Methadonsubstitution. Rascovsky (1997) geht es um den Substanzkonsum je nach den möglichen strukturellen Möglichkeiten. Alle Gruppen weisen nach Rascovsky (1997) ein Defizit in der Selbstregulierung auf. In der Funktion des Methadons unterscheiden sich die genannten Autoren nicht grundsätzlich (Linderung auf der psychischen, physischen und sozialen Ebene). Bezogen auf Teilobjektbeziehungen nimmt Methadon den Rauschzustand, aber auch das Über-Ich-Schutzsystem. Sie bestimmen das Verhalten der Patientengruppen. Dem Autor scheint es letztlich weniger wichtig, welche unterschiedlichen Gruppen von Methadonpatienten (vgl. Rascovsky, 1997; Hunziker & Boesch, 2008) es gibt, sondern dass unterschiedliche Gruppen zu unterscheiden sind. Rascovsky (1997) legt dabei den Fokus v. a. auf die Ursachen des Substanzkonsums und Hunziker und Boesch (2008) auf das Verhalten in der Methadonsubstitution.

Die Gruppe mit niedriger Gesamtstruktur wird wegen schwerwiegenderen ich-strukturellen Defiziten von den Behandelnden durch eine höhere Methadondosis mediziert. Dabei ist anzunehmen, dass die Behandelnden die Methadondosis nicht aufgrund der strukturellen Einschränkungen festlegen, sondern aufgrund des Heroinkonsums bei Behandlungsaufnahme. Der Heroinkonsum gestaltet sich, so die Vermutung aufgrund der OPD-Interviews, bei Patienten mit geringer Gesamtstruktur weniger kontrolliert. Der Befund, dass geringer strukturierte Patienten eine höhere Methadondosis verschrieben wird, führt bei ihnen zum Wunsch, diese abzubauen.

Dagegen können sich normal strukturierte Patienten eher auf eine verschriebene Methadondosis einlassen, um sich zu stabilisieren. Das Methadon scheint bei ihnen dann mehr als Unterstützung und weniger als Gefahr interpretiert zu werden. Sie scheinen längerfristig besser den

Substitutionsgedanken zu verstehen, um sich stabilisieren zu können. Auch sie werden im Laufe ihres Lebens die Methadondosis vielleicht abbauen oder Heroin konsumieren, aber sie werden es ihren Ich-Funktionen anpassen, im Sinne von Hilfs-Ich-Funktionen. Dagegen scheint bei den gering strukturierten Patienten die Methadondosis psychodynamisch eine Funktion zu übernehmen und nicht das Methadon an sich.

#### *Therapeutische Gesichtspunkte der Methadonsubstitution*

Bilitza (2008) vermutet, dass das Nicht-wahrnehmen-Wollen, Meiden, Abweisen von Substanzabhängigen durch Psychoanalytiker mit den Übertragungs-Inszenierungen der Abhängigen, ihrem Agieren und der nicht einfachen Handhabung der Gegenübertragung zu tun habe und v. a. auf einem Mangel an Wissen beruhe. Es liegt also vielleicht an den Therapeuten selbst, wenn sie die Therapie mit methadonsubstituierten Patienten meiden.

Hagman (1995) ist der Ansicht, dass Psychoanalytiker und psychoanalytische Therapeuten für die Arbeit mit Methadonpatienten geeignet sind. Die Arbeit an Widerstand und mit der Übertragung ist auch bei diesem Klientel möglich. Als Voraussetzung sieht er die psychophysiologische Stabilität der Patienten, Akzeptanz und Empathie in einem sicheren Kontext. Weiterhin fehlte es bisher aber einem adäquaten Modell der Psychodynamik des Behandlungsprozesses. Deshalb wird in dieser Arbeit auch versucht, Hagmans (1995) Ziel der Entwicklung einer psychodynamischen Psychologie der Methadonsubstitution zu entwickeln. Da es sich um eine Klientel handelt, die sich u. a. durch strukturelle Störungen auszeichnet, sollte vom klassisch psychoanalytischen Setting mit der Couch abgesehen werden (Hagman, 1995; Scherbaum & Heigl-Evers, 1996). Weiter muss beachtet werden, dass die Psychotherapie auch von den Prinzipien beeinflusst ist, wie der Patient „auf der Strasse“ seine subjektive Realität gestaltet. Die Aufgabe des Therapeuten ist es dann, dem Patienten zu helfen, neue, adaptivere Strukturen der Selbstorganisation zu schaffen. Das Behandlungspersonal befriedigt Selbstobjekt-Bedürfnisse. Deshalb ist Empathie des Personals wichtig, so werden Selbstdefizite verbessert und die Bildung von Selbststrukturen wird ermöglicht. Methadon gibt aber auch Sicherheit (provider of care) (Hagman, 1995).

Die Psychopathologie des Patienten bestimmt, wie der Patient mit dem Methadon und dem Behandlungspersonal und dem Methadon umgeht. Stolorow und Mitarbeiter (1987) geben dafür eine Erklärung: Affekte organisieren während der gesamten Entwicklung die Selbsterfahrung. Deshalb ist für die Behandlung die Affektintegration wichtig.

Hagman (1995) gibt der Programmstruktur des Methadonprogramms eine wichtige Rolle. Regeln, Regulierungen, Grundsätze, Abläufe und die sanktionierende Struktur des Methadon-

programms übernehmen wichtige „holding“-Funktionen (Winnicott, 1965). Auch ergänzende Programme wie die NA (narcotic anonymous) können für die Betroffenen eine wichtige Hilfestellung bieten.

In Bezug auf den Therapieprozess gestaltet sich die psychoanalytische Behandlung von Substanzabhängigen speziell. Analytiker versuchen Probleme (Affektmanagement, Selbstwahrnehmung, Objektbeziehungen, Selbstfürsorge etc.) zu bearbeiten. Bei der Behandlung von Abhängigen ist der kontinuierliche Ausgleich zwischen Erfolg und Misserfolg der Selbstobjekt-Funktion der Substanz bedeutsam. Weiter ist Behandlung dadurch gekennzeichnet, dass der Patient etwas Neues in alter Art sucht. Sie wollen so viel Veränderung, um Befreiung ihres Leids zu erlangen. Für viele Patienten ist das Methadonprogramm die unbekannte und bedrohliche Realität (Hagman, 1995).

Die Frage nach einer Ausweitung des Methadonprogramms im Sinne einer längerfristigen Substitution oder der Beendigung des Methadonprogramms und damit verbundener Ziele wird kontrovers diskutiert. Aus Sicht der Selbstpsychologie braucht die Person Erfahrungen und Objekte, die Selbstobjekt-Bedürfnisse im Leben stillt. Die Behandlung soll abhängig sein von Grad und Persistenz von Selbstdefiziten, der Bedarf von Methadon, um das Selbst zu regulieren und ihm Selbststruktur zu geben. Dies spricht für eine ausgeweitete Aufrechterhaltung des Methadonprogramms. Das Methadonprogramm sollte nicht nur auf die Pharmakotherapie reduziert werden (Fragen zur Methadondosis etc.) oder nur die Entwicklung bzgl. Arbeitssituation etc. ansprechen. Dagegen sollte die Selbstregulierung, die Qualität der Objektbeziehungen, der Grad des Selbstbewusstseins und der Selbstfürsorge im Zentrum des Methadonprogramms stehen und bestimmen, ob es fortgesetzt wird oder nicht. Eine ausgeweitete Aufrechterhaltung des Methadonprogramms ist dann angezeigt, wenn sie zur Reparatur von Selbstdefiziten dient (Hagman, 1995).

Nach Potik und Mitarbeiter (2007) sollten sich beraterische und psychotherapeutische Interventionen ergänzen und beide angewendet werden. Die Therapie muss auf den Patienten abgestimmt werden. Bei einigen sind auch gruppentherapeutische Methoden sinnvoll, bei anderen gerade nicht. Die Psychotherapie soll helfen, mit dem Craving umgehen zu können (Copingfunktion) (Potik et al., 2007). Das Setting nimmt als Erfahrungsbereich eine wichtige Stellung ein: parallel als Übergangsperiode zwischen Substanzgebrauch (relative Abhängigkeit). Relative Abhängigkeit beinhaltet die Realitätsakzeptanz und die Ambivalenz bzgl. der Objekte. Die Psychotherapie kann als Zwischenspiel verstanden werden, das Reifung erlaubt. Dabei wird die Objektkonsistenz nicht vorausgesetzt. Auch der Therapeut kann als Übergangsobjekt gesehen werden. Übergangsobjekte sind in der Behandlung in einer klinischen

Population häufig. So gehen Potik und Mitarbeiter davon aus, dass Abhängige häufig eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen aufweisen und psychodynamisch auch mit einer Borderlineorganisation (Kernberg, 1975; Winnicott, 1960) zu diagnostizieren sind. In der Psychotherapie zeigt sich in der Übertragung, dass Patienten nach gut/schlecht einteilen. Tendenziell werden frustrierende Objekte (wie der Therapeut) zerstört, d. h. die Therapie wird in diesem Fall abgebrochen. So schlagen ein Teil von klinisch-psychoanalytischen Therapeuten vor, da diese Patienten die Psychotherapie als Übergangsobjekt suchen, dass sich der Therapeut anpassen soll, um ein gutes Objekt zu sein. Die Therapie soll für Erfahrungen der „me-extensions“ und „not-me“-Erfahrungen Raum geben.

Beim Fehlen des Übergangsobjekts, was sich u. a. in Unterbrüchen der Therapie zeigt, sind Rückfälle möglich. Sie zeigen sich bei Schwierigkeiten in der externen Welt. Ängste über die interne Realität können überfluten. Aggression kann sich bei Abwesenheit des Übergangsobjekts (Therapeut) zeigen. Deshalb sind Rückfälle in der Methadonsubstitution relativ häufig. Besonders zeigen sich Rückfälle mit Sedativa, um die absolute Abhängigkeit nicht abzulegen. Deshalb geht das belastete Individuum zum Übergangsobjekt, das nie missglückt, immer erhältlich ist, zur Substanz.

Auch Scherbaum und Heigl-Evers (1996) schlagen ein Therapiesetting vor. Bei mangelnder Psychotherapiemotivation können bei täglichen Kontakten strukturell gestörte Patienten mit präödiptalen Störungen psychoanalytisch, genauer mit der psychoanalytisch interaktionellen Therapiemethode behandelt werden. Inhalt dieses Therapiekonzepts ist eine zu Beginn der Therapie festgelegte Diagnostik, die in der Strukturdiagnose besteht. Diese orientiert sich an Freuds Strukturmodell des psychischen Apparates (Ich, Es und Über-Ich) (Scherbaum & Heigl-Evers, 1996). Für Scherbaum und Heigl-Evers (1996) impliziert die Strukturdiagnose von Abhängigen eine narzisstische Störung: Selbstwertproblematiken aus einer frühkindlichen Lebenssituation, Objektrepräsentanzen werden auf einer frühkindlicher Stufe angenommen. Während des Methadonprogramms kommt es zu einer Demaskierung der Beziehungsschwierigkeiten. Auch das Personal wird als Teilobjekte wahrgenommen, was sich in der Beziehung u. a. in einem gekränkten Rückzug oder in Behandlungsabbrüchen der Patienten zeigen kann. Zugleich ist aber bei der Methadonsubstitution der Rahmen gegeben (Gedanken des Autors) und die Interaktionen zum Personal bleiben bestehen. Scherbaum und Heigl-Evers (1996) schlagen deshalb vor, in der Psychotherapie den Fokus auf alltägliche Beziehungen zu legen. Es geht also um Realität in der Therapie, um Affektdifferenzierung, die Integration haltender und frustrierender Aspekte. Dabei ergänzen sich psychotherapeutische und suppor-

tive Gespräche. Das Ziel ist es, dass der Therapeut langfristig zu einem integrierten Ganzobjekt wird.

Als Ausgangspunkt soll die Strukturanalyse für das therapeutische Vorgehen angewendet werden. Ich-Defizite bedürfen spezieller therapeutischer Vorgehensweisen (s. o.). Für eine „Nachreifung“ ist eine längere Behandlungsdauer die Folge. Für die Bearbeitung gestörter Beziehungsfähigkeit ist die Personalkonstanz wichtig. Der Wechsel von Idealisierung und Abwertung ist für die Therapie wichtig. Diese Anforderungen erfordern vom Personal einen hohen Ausbildungsstandard und Supervision. Scherbaum und Heigl-Evers schränken aber auch ein, indem sie eingrenzen, dass nur ein gewisser Anteil von Patienten auf diese Art behandelt werden kann.

#### *Fazit und Weiterentwicklung eines Modells der Therapie in der Methadonsubstitution*

Viele psychoanalytische Therapeuten, die mit dieser Klientel gearbeitet haben, raten vom Couchsetting ab (Hagman, 1995; Scherbaum & Heigl-Evers, 1996). Das Prinzip der „Realität auf der Strasse“ beeinflusst auch die Beziehung zum Behandlungspersonal. Dies zeigt sich u. a. in Widerstand und Übertragung. Das Ziel ist eine Struktur zur Selbstorganisation zu geben. In der Gegenübertragung wird u. a. die intersubjektive Matrix vorgeschlagen. Die Selbstregulierung, die Qualität der Objektbeziehungen und die Selbstfürsorge sollten im Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung stehen. Diese Fragen der Selbsterfahrung scheinen ein wichtiges Kriterium in der Frage nach einer Aufrechterhaltung oder Beendigung der Methadonsubstitution zu sein (Hagman, 1995). Da es sich bei Methadonpatienten in der Mehrzahl um Patienten mit einer schwierigen Lebensgeschichte und/oder mit einer schwierigen Lebenssituation handelt, scheint eine langfristige psychotherapeutische Behandlung sinnvoll, um eine längerfristige Stabilität zu garantieren. Die Aufrechterhaltung der Methadonsubstitution scheint dafür ein stabilisierendes Moment zu sein (Gedanken des Autors).

Für Potik und Mitarbeiter (2007) ist die Objektkonstanz für die Psychotherapie von Methadonpatienten wichtig. Scherbaum und Heigl-Evers (1996) schlagen den spezifischen Ansatz der psychoanalytisch interaktionellen Therapie vor. Dabei sind die Realitätsprüfung, die Affektdifferenzierung, aber auch supportive Gespräche für die Behandlung wichtig. Der Therapeut soll ein stabiles Ganzobjekt werden. Er muss aber auch mit Entwertungen und Therapieabbrüchen umgehen können.

### *Erweiterung eines Therapiemodells der Methadonsubstitution*

Es scheint dem Autor wichtig, dass die folgenden Bemerkungen nicht als Therapiemanual zu verstehen sind. Es sind Inhalte, die aus dem Literaturstudium und der klinisch-psychotherapeutischen Erfahrung des Autors zum Tragen kommen. Ziel einer Psychotherapie von Methadonpatienten sollte die Selbstregulierung, die Selbstfürsorge und die Beziehungsarbeit (vgl. Objektkonstanz) sein. Die Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur ist wichtig, konfliktbezogenes Arbeiten muss individuell je nach Patient auch möglich sein. Dafür eignet sich besonders die Arbeit im Hier und Jetzt. Diese kann in der Arbeit mit der Übertragung, der Gegenübertragung und mit Widerständen zum Tragen kommen. Die Arbeit mit Methadonpatienten ist herausfordernd. Die Therapie kann im Extremfall nach einem Therapiemanual (z. B. der psychoanalytisch interaktionellen Therapie) verlaufen, doch auch andere, mehr oder weniger stringente Therapieverfahren sind möglich.

Zu Beginn der Therapie scheint eine Strukturdiagnose oder ein vollständiges OPD-Interview hilfreich, um therapeutische Foki festzulegen. Der Fokus sollte, was auch von dieser Arbeit abgeleitet wurde, auf der Selbstregulierung liegen. Für diese therapeutische Arbeit ist eine gewisse psychische Stabilität eine Voraussetzung. Deshalb sollte die Methadondosis genügend hoch sein, was sich auch in den OPD-Interviews gezeigt hat, v. a. bei Patienten, die deshalb aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden. Bei einer genügend hohen Methadondosis wird auch das von Psychoanalytikern geäußerte Argument, dass es bei diesen Patienten immer nur um die Sucht gehe, entkräftet. Die Frage nach einer Aufrechterhaltung oder Beendigung der Methadonsubstitution erübrigt sich. Allerdings, darauf haben Hunziker und Boesch (2008) hingewiesen, sind es auch die Methadonpatienten, die ihre Methadondosis abbauen wollen. Es scheint dem Autor deshalb wichtig, dass der Therapeut sich der Psychodynamik des jeweiligen Patienten bewusst wird, um danach die therapeutischen Interventionen abzuleiten.

Bezogen auf die beiden Patientengruppen hebt der Autor aufgrund der Erfahrungen aus den OPD-Interviews hervor, dass sowohl normal wie auch gering strukturierte Patienten für eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie in Frage kommen. Bei gering strukturierten Patienten sollte neben psychoedukativen Aspekten der Methadonsubstitution darauf geachtet werden, dass die Psychotherapie mehr auf eine Verbesserung der strukturellen Schwierigkeiten als auf einen bald möglichen, vom Patienten angestrebten, Abbau des Methadons, angelegt werden sollte. Zugleich können die beschriebenen Theorien wichtige Zusatzinformationen für die Gegenübertragungsanalyse darstellen. Bei gering strukturierten Patienten scheint dem Autor die Objektkonstanz des Therapeuten zentral zu sein. Bei normal strukturierten Pa-

tienten scheint der Therapeut in der Fokusausswahl freier zu sein. Er sollte aber Strukturfoki auch zentral einbeziehen, da strukturelle Defizite auch bei normal strukturierten Patienten, zwar in geringerem Ausmass, bestehen können.

Die einzelnen psychoanalytischen Aspekte zur Substanzabhängigkeit, Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution schliessen sich gegenseitig nicht aus, beleuchten unterschiedliche Gesichtspunkte in der Therapie und im psychoanalytischen Verständnis der jeweiligen abhängigen Menschen.



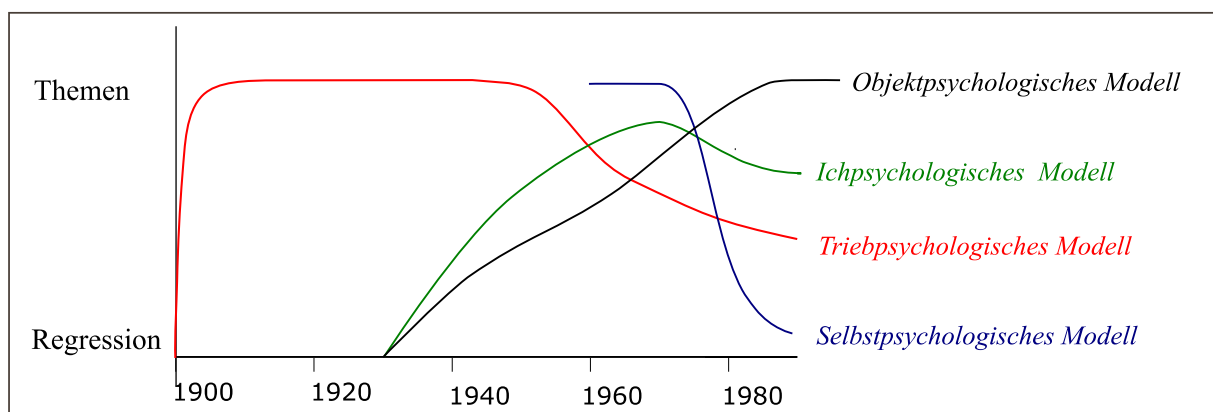
## 14. Abschlussdiskussion

### 14.1 Versuch der Evaluation psychoanalytischer Suchttheorien

Das Ziel dieser Arbeit war es, psychoanalytische Suchttheorien zu evaluieren. Die Modelle schliessen sich gegenseitig nicht aus. Das Ziel der Arbeit war, psychoanalytische Modelle, die v. a. wegen ihrem heuristischen Gesichtspunkt wertvoll sind, darzustellen und sie mit den Befunden der Psychodynamik, gemessen durch die OPD-2, und den Einstellungen zu Methadon, gemessen durch das MEI-40, in eine Verbindung zu setzen. Es ging darum, die untersuchten Patienten durch die beschriebenen psychoanalytischen Suchtmodelle besser verstehen zu können. Zudem wurde versucht ein neues psychoanalytisches Modell der Heroinabhängigkeit und der Methadonsubstitution zu entwerfen.

Die vier psychoanalytischen Suchtmodelle können nach Ansicht des Autors aufgrund folgender Gesichtspunkte angesehen und beurteilt werden:

*Aufgrund ihrer historischen Bedeutung der psychoanalytischen Schulen:* Darunter wird die Periode verstanden, in welcher die verschiedenen Suchtmodelle geschrieben wurden. Wichtig dabei scheint, dass auch aktuelle Theorien Inhalte früherer Suchtmodelle beinhalten können, wie dies bei den aktuellen Beiträgen zum triebpsychologischen Modell beschrieben wurde. Danach kann ein Substanzabhängiger nach einem bestimmten Suchtmodell beschrieben werden. Dieser Gesichtspunkt sieht triebpsychologische Modelle dominant von der Jahrhundertwende bis Mitte des 20. Jahrhunderts, ichpsychologische Suchtmodelle von den 1930er Jahren und einem Höhepunkt um 1970 bis in die heutige Zeit, selbstpsychologische Modelle in den 1960er und 1970er Jahren und das objektpsychologische Modell von den 1930er Jahren bis in die Gegenwart (vgl. Grafik).



*Aufgrund der für ein Suchtmodell dominanten Themen:* Danach stehen bei triebpsychologischen Modellen der Lustgewinn und libidotheoretische Überlegungen (orale Fixierung) im Zentrum. Beim ichpsychologischen Modell geht es um Ich- und Über-Ich-bezogene Pathologien und die Funktion der Substanz, welche diese Pathologien zu beheben versucht. Im selbstpsychologischen Modell geht es um eine narzisstische Störung und die Substanz als Selbstobjekt. Schliesslich wird im objektpsychologischen Modell v. a. die selbstdestruktive Dynamik der Substanzabhängigkeit beschrieben. Beim selbst- und objektpsychologischen Modell stehen zudem entwicklungsbezogene Erklärungsmodelle mehr im Zentrum als bei den anderen Modellen.

*Aufgrund der Ich-Regression:* Rost (1992) beschreibt in einem integrativen Ansatz, dass die verschiedenen Suchtmodelle unterschiedliche Regressionen der Substanzabhängigen voraussetzen. Dabei ist beim triebpsychologischen Modell eine ödipale Entwicklung gelungen, im ich- und selbstpsychologischen Modell ist dies bis zur Beziehung mit der Erziehungsperson gelungen, im objektpsychologischen Modell, durch welche, v. a. früh gestörte und schwer süchtige Patienten beschrieben werden können, sind frühe Störungen aufgetreten. Es geht dabei darum, einen Kontakt mit der Welt herzustellen.

Auf die Schwierigkeiten dieses Gesichtspunktes wurde hingewiesen. Dieses Modell postuliert zwar, dass sich die Modelle gegenseitig nicht ausschliessen. Es postuliert gleichzeitig aber auch, dass die unterschiedlichen Suchtmodelle nicht dieselben Patienten beschreiben. Abgeschwächt könnte dieser Gesichtspunkt dahingehend interpretiert werden, dass Substanzabhängige je nach ihrer Ich-Regression besser oder weniger gut durch ein bestimmtes Suchtmodell erklärt werden können.

Abschliessend kann gefolgert werden, dass kein psychoanalytisches Suchtmodell umfassend ist, dass aber auch keines nicht mehr zu berücksichtigen ist. Weiter ist bei psychoanalytischen Suchttheorien zu beachten, dass bei allen Modellen (auch z. B. beim triebpsychologischen Modell) die Struktur in engem Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit steht. Dies zeigte sich auch in der Untersuchung mit der OPD in dieser Arbeit.

Die Befunde dieser Arbeit können durch die verschiedenen Suchtmodelle unterschiedlich gut, aber nicht abschliessend erklärt werden: Das triebpsychologische Modell liefert mit einer weniger lustvollen Wirkung des Methadons im Gegensatz zum Heroin, andererseits mit einem einfacheren Alltag Erklärungsmodelle für beide Patientengruppen. Das ichpsychologische Modell scheint wegen seinem heuristischen Gehalt sinnvoll. Wurmser (2000a) hat ein Modell entwickelt, das auf die gering strukturierten Patienten angewendet werden kann. Das selbst-

psychologische Modell lässt sich wegen seinen Konzepten der fehlenden Selbstobjekte und seinem Zusammenhang zur Substanzabhängigkeit besser auf die gering strukturierten Patienten anwenden. Das objektpsychologische Modell sieht Substanzen als ein Übergangsobjekt an. Nach ihm können v. a. gering strukturierte Patienten beschrieben werden. Die oben beschriebenen Hinweise sollen aber helfen, die unterschiedlichen Patientengruppen wie auch die Methadonpatienten als Ganzes psychoanalytisch besser zu verstehen.

## 14.2 Klinische Relevanz

Die Arbeit konnte anhand von 65 Patientenuntersuchungen mit der OPD und dem MEI-40 zeigen, dass die positive Einstellung zum Methadon in einem Zusammenhang mit der Gesamtstruktur und der Einstellung zu Methadon besteht. Patienten mit einer normalen Gesamtstruktur haben eine höhere Rehabilitationsorientierung, d. h. eine positivere Einstellung zur Methadonsubstitution und scheinen den Substitutionsgedanken verstanden zu haben. Hunziker und Boesch haben mit den Überlegungen von Wurmser (2000a, 2000b) hierfür psychodynamisch eine Erklärung gegeben. Diese Überlegungen können auf die Methadonsubstitution angewendet werden, dass der Abbau des Methadons in einer Funktion der Selbstregulierung steht. Was Hunziker und Boesch (2008) in Bezug auf die Patientengruppe der „Methadonbenutzer“ vermutet haben, dass diese im Vergleich zu den anderen Methadonpatienten besser strukturiert seien, liess sich bei den normal strukturierten Patienten zeigen.

Die gering strukturierten Patienten weisen eine höhere Flexibilisierungsorientierung auf. Sie unterscheiden sich zwar nicht in der Methadon-Entzugs-Orientierung, weisen aber eine höhere Methadondosis als die normal strukturierten Patienten auf.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine relativ heterogene Patientengruppe handelt. Das Resultat, dass zwischen Psychodynamik und Einstellung zu Methadon ein Zusammenhang besteht, darf nun nicht in dem Sinn interpretiert werden, dass alle Patienten, die mit bestimmten Einstellungsdimensionen eingestuft werden könnten, sich im Vergleich zu den restlichen Methadonpatienten nicht in ihrer Gesamtstruktur unterscheiden. Ebenso sagen diese Ergebnisse nicht aus, dass Methadonpatienten immer eine strukturelle Störung aufweisen und keine konflikthafte Thematik im Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit steht. Es handelt sich um eine relativ heterogene Patientengruppe.

### 14.3 Relevanz der Befunde für eine Psychotherapie von methadonsubstituierten heroinsabhängigen Patienten

Zu Beginn wurden folgende Aspekte in Bezug auf eine adaptierte psychoanalytische Therapie für methadonsubstituierte heroinsabhängige Patienten formuliert: Die Ergebnisse dieser Arbeit können eine Erweiterung der empirischen Basis für die Behandlung und für das psychodynamische Verständnis darstellen, die Auswirkungen auf die Psychotherapie von heroinsabhängigen Personen haben kann. Insbesondere wurden verschiedene psychoanalytische Therapietechniken entwickelt, die allenfalls in einer störungsspezifischen und differenzierten Psychotherapie im Rahmen einer Substitutionsbehandlung mit Methadon angewendet werden können.

Um die Ergebnisse dieser Arbeit individuell am besten umzusetzen, schlägt der Autor vor, die Therapie aufgrund des OPD-Befundes zu gestalten: Bei geringer strukturierten Patienten sind eher Strukturfoki zu wählen, bei höher strukturierten Patienten sind evtl. mehr Konfliktfoki zu berücksichtigen. Als Orientierung bzgl. der Strukturfoki sei auf die Empfehlungen des Arbeitskreises Abhängigkeit (Arbeitskreis OPD, 2013; Jakobsen, 2014) verwiesen, welche die Bereiche Selbststeuerung und Affekttoleranz als wichtig ansehen. Wie Jakobsen (2014) schreibt, müssen die Erwartungen bzgl. des psychotherapeutischen Erfolgs und der Rückfallprophylaxe an den Grad der Verselbstständigung der Suchtdynamik angepasst werden. Eine therapeutische Bearbeitung der psychodynamischen Funktion, wie sie v. a. früher vertreten wurde, bei weitreichender Verselbstständigung erscheine relativ unsinnig. Dies ist vergleichbar mit dem Diskurs, strukturell gestörte Patienten v. a. mit konfliktbearbeitenden Interventionen zu behandeln. Bei einer weitreichenden Verselbstständigung muss eine Bearbeitung der Abhängigkeitsdynamik angestrebt werden. Die Einstellung des Patienten bzgl. seiner Erkrankung (im Sinne der Aneignung) ist zu berücksichtigen. Der Autor schlägt vor, das Konzept der „Aneignung“ auch auf die Methadonsubstitution anzuwenden.

Das Ziel dieser Arbeit war, ein besseres Verständnis über Methadonpatienten und ihre Einstellungen zum Methadon zu gewinnen. Für die Behandelnden kann diese Studie ein Hilfsmittel darstellen, um einerseits von der Persönlichkeitsstruktur eines Patienten auf seine Einstellungen bzgl. der Methadonsubstitution zu schliessen oder durch Einstellungen eines Patienten bzgl. der Methadonsubstitution auf die (psychodynamisch betrachtete) Persönlichkeit zu schliessen. Andererseits kann so das Substitutionsverhalten (z. B. Beikonsum) in einen Zusammenhang zu einer typischen Einstellung zur Methadonsubstitution (z. B. Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung) und der Persönlichkeitsstruktur nach der OPD (z. B. gerin-

ge Gesamtstruktur) gesetzt werden und für die Behandlung hilfreich sein, im Sinne einer heuristischen hypothesengenerierenden Hilfestellung.

Die Schwerpunkte der Arbeit waren, primär die psychoanalytischen Modelle vorzustellen und methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der OPD und dem MEI-40 zu untersuchen und schliesslich Querverbindungen sichtbar zu machen. Therapierelevant scheint dem Autor mehr, dass die vorliegende Arbeit einem psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten oder Psychoanalytiker bei seinen Überlegungen eine Hilfe geben soll. Die beschriebenen Suchtmodelle schliessen sich nicht aus. Die Arbeit kann dem Therapeuten also bei einem spezifischen Patienten eine Hilfe bieten, welches Modell zu berücksichtigen ist oder welche Modelle zu berücksichtigen sind.

In Bezug auf das zweite Ziel scheint nach Ansicht des Autors der Ausschluss eines OPD-Interviews sehr wichtig zu sein. Obwohl dies ein Einzelfall ist und obwohl versucht wurde, Patienten mit einem Entzugssyndrom aus dem Projekt auszuschliessen, hat dies Folgendes gezeigt: Zur Einschätzung der Psychodynamik, wie sie in der OPD erhoben wird, ist eine ausreichende Methadondosis notwendig. Für eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, deren Grundlage ein Wissen über die Psychodynamik eines Patienten ist, in unterschiedlichem Ausmass und unterschiedlich erhoben (z. B. durch die OPD), scheint eine genügend hohe Methadondosis bedeutsam zu sein.

Die Arbeit weist aber darauf hin, dass Patienten mit strukturellen Schwierigkeiten eine höhere Methadondosis verschrieben bekommen. In der Tendenz liess sich zeigen, dass Patienten mit einer geringen Gesamtstruktur das Methadon auch eher ablehnen. Diese Patientengruppe stellt für die Substitutionsbehandlung eine grosse Herausforderung dar. So sollte die Substitution an sich in der Therapie thematisiert werden. Dies könnte sich (Vermutung des Autors) bei niedrig strukturierten Patienten als schwierig erweisen. Eine empirische Absicherung sollte in der Zukunft angestrebt werden.

Ein methadonsubstituierter heroinabhängiger Patient, der nicht ständig mit dem Substanzkonsum beschäftigt ist, sondern durch die Methadonsubstitution entlastet ist, sollte sich in einer psychoanalytisch orientierten Therapie besser auf einen psychoanalytischen Prozess einlassen können und so eine psychoanalytische Therapie möglich machen. Doch auf das konflikthafte Element in der Methadonbehandlung wurde bei der Flexibilisierungs-Orientierung hingewiesen, so dass dies eine Behinderung in der Therapie darstellen könnte. Ebenso konnte in der Tendenz gezeigt werden, dass normal strukturierte Patienten eine höhere Rehabilitationsorientierung haben, dass also die Abhängigkeitsthematik in einer akzeptierten Substitutionsbehandlung einer psychoanalytischen Therapie eine geringere Rolle spielen dürfte.

#### 14.4 Ausblick: Psychoanalytische und psychodynamische Forschung mit methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten

In der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Interrater-Reliabilität der OPD-Daten als gering eingeschätzt werden muss. Dies führte dazu, dass nur die Ergebnisse der beiden Hauptkonflikte (wichtigsten Konflikte) und das Gesamtstrukturniveau zur weiteren empirischen Prüfung und Vergleichen mit anderen Studien zur weiteren empirischen Auswertung sinnvoll erschienen.

Dies führte einerseits dazu, dass die OPD-Ergebnisse der einzelnen Konflikte oder der Strukturachsen unter diesem Vorbehalt betrachtet werden müssen. Zudem führte es zu einer Einschränkung der ursprünglich formulierten Hypothesen. Bei einer höheren Interrater-Reliabilität in einer anderen Stichprobe von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten könnte diese Hypothesenprüfung, insbesondere mit Konfliktthesen, möglich sein.

Explizit könnten dann folgende Hypothesen geprüft werden: Patienten mit geringer Gesamtstruktur weisen im Vergleich zu normal strukturierten Patienten eine geringere Selbstregulierung auf. Die normal strukturierten Patienten weisen im Vergleich zu gering strukturierten Patienten stärkere und differenziertere Konflikte auf.

Diese Hypothese wurde von der Vermutung von Hunziker und Boesch (2008) abgeleitet, dass die Heroinabhängigkeit bei den *Methadonbenutzern* mehr konflikt- als strukturbedingt ist, bei den *Methadonablehnern* und *-integrierern* eher strukturbedingt. In dieser Arbeit liess sich in der Tendenz zeigen, dass gering strukturierte Patienten im Vergleich zu den normal strukturierten Patienten eher existenzielle Konflikte, wie Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikte aufweisen. Dieser Befund lässt sich aber aufgrund der Einschränkungen der Gütekriterien wissenschaftlich nicht abschliessend dahingehend interpretieren, dass bei gering strukturierten Patienten die Abhängigkeit eher strukturbedingt ist und bei normal strukturierten eher konfliktbedingt.

In Bezug auf die Prüfung der einzelnen Bereiche der psychoanalytischen Suchtmodelle durch die OPD, was ansatzweise in dieser Arbeit versucht wurde, muss darauf hingewiesen werden, dass dies zwar formal durch eine entsprechende Stichprobe mit einer höheren Interrater-Reliabilität möglich ist. Es scheint dem Autor aber aus den oben genannten Gründen problematisch, da die Konzepte theoretisch nicht oder unterschiedlich operationalisiert wurden.

Aufbauend auf die Ergebnisse könnte in Zukunft zudem u. a. geprüft werden, inwieweit Ärzte Patienten aufgrund ihrer geringen Struktur täglich mehr Methadon verschreiben als normal strukturierte. Zudem könnte geprüft werden, in wieweit das in einer Institution wie dem Zent-

rum für Abhängigkeitserkrankungen innerhalb der einzelnen Ärzte unterschiedlich stark ausgeprägt ist, wieviel ein Behandler jeweils verschreibt.

## 15. Zusammenfassung

Die Arbeit verfolgte das Ziel, das psychoanalytische Arbeiten mit Methadonpatienten zu verbessern und sie psychodynamisch besser zu verstehen. In der vorliegenden Arbeit wurden psychoanalytische Suchttheorien vorgestellt und methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD-2 interviewt. Ihre Einstellungen zur Methadon-Substitutionsbehandlung wurden untersucht. Es wurde versucht, die Ergebnisse der OPD und die Einstellungen zu Methadon in einen Zusammenhang zu bringen. Weiter wurden die psychoanalytischen Modelle unter den beschriebenen Einschränkungen zu evaluieren versucht. Es wurden Modelle zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution entwickelt.

Die Sucht ist in der Psychoanalyse eher ein Randgebiet und ihre Modelle sind eher heuristischer hypothesengenerierender Natur und wurden selten empirisch geprüft. Methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten wurden noch nie explizit mit der OPD-2 untersucht. Generell werden vier Suchtmodelle unterschieden, die sich gegenseitig nicht ausschliessen, aber unterschiedliche Akzente setzen: Das triebpsychologische Modell betont den Lustaspekt der Abhängigkeit. Ich- und selbstpsychologische Modelle sehen in der Abhängigkeit eine Selbstmedikation der ich- und selbstgestörten Anteile. Das objektpsychologische Modell betont Störungen in der frühen Beziehungsaufnahme und sieht Abhängigkeiten als Übergangsobjekt. Integrative Theorien und Theorien zur Heroinabhängigkeit und zur Methadonsubstitution basieren auf Anteilen der obigen Suchtmodelle.

Im empirischen Teil der Arbeit wurden methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit psychodynamischen Merkmalen und ihren Einstellungen zu Methadon untersucht. Die Fragestellungen bezogen sich auf die OPD und auf das MEI-40, die Hypothesen auf die Zusammenhänge der beurteilten psychodynamischen Items und der durch das MEI-40 identifizierten Einstellungsdimensionen. Die Hypothesen waren aus psychoanalytischen Überlegungen begründet worden. Sie wurden aufgrund von Bereichen der OPD, des MEI-40 und weiterer Patientenvariablen, genauer auf der Gesamtstruktur, der Rehabilitations-Methadon-Entzugs- und Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung formuliert.

Die 65 untersuchten Patienten waren zwischen 25 und 50 Jahren alt, im Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der PUK Zürich in ambulanter oder teilstationärer methadongestützter Behandlung.

In Bezug auf die OPD zeigte sich, dass bei der Achse „Konflikt“ v. a. der „Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt“ und der „Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt“ hoch eingeschätzt wur-



den. Bei der Gesamtstruktur zeigten sich sowohl normal wie gering strukturierte Patienten. In Bezug auf das MEI-40 (Hunziker & Boesch, 2008) konnten die „Rehabilitations-“, die „Entzugs-“ und die „Flexibilisierungs-Orientierung“ identifiziert werden.

Die Befunde dieser Arbeit haben klinische Relevanz, indem sie Einstellungen zur Methadonsubstitution von Patienten mit ihrer Psychodynamik in Verbindung setzen. Normal strukturierte methadonsubstituierte Patienten sind eher rehabilitationsorientiert als die gering strukturierten Patienten. Methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit einer niedrigen Gesamtstruktur bekommen eine höhere Methadondosis verschrieben und haben im Vergleich zu den normal strukturierten Patienten eine höhere Flexibilisierungs-Orientierung.

Die Arbeit soll v. a. psychoanalytisch interessierte und arbeitende Psychotherapeuten darin ermutigen, psychodynamische Zusammenhänge zu beobachten und damit zu arbeiten. In Bezug auf eine psychoanalytische Psychotherapie methadonsubstituierter heroinabhängiger Patienten weisen die Befunde dieser Arbeit darauf hin, dass eine psychoanalytisch orientierte Therapie bei genügend hoher Methadondosis möglich ist und die Psychodynamik in der Therapie thematisiert werden sollte. Deshalb wird in dieser Arbeit für eine OPD-gestützte Psychotherapie plädiert.

Die geringen Werte in der Interrater-Reliabilität der OPD erschwerten die empirische Prüfung mit den Skalen des MEI oder deren Patientengruppen.

Die Stärken dieser Arbeit liegen v. a. in der Auseinandersetzung mit den psychoanalytischen Suchtmodellen und darin, dass unter erschwerten Bedingungen methadonsubstituierte heroinabhängige Patienten mit der OPD zum ersten Mal explizit untersucht wurden. Zu ihren Schwächen zählen die beschriebenen Probleme in der empirischen Prüfung der Forschungsfragen und der Hypothesen.

## 16. Literaturverzeichnis

- Abraham, H. (1976). Karl Abraham. Sein Leben für die Psychoanalyse. München: Kindler.
- Abraham, K. (1908). Die psychoanalytischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus. In J. Cremerius, J. (Hg.), K. Abraham. Psychoanalytische Studien, Bd. II (S. 23–31). Gießen, 1999.
- Akiskal, H. (1989). Validating affective personality types. In L. N. Robbins & J. Barrett (Eds.), *The validity of psychiatric diagnosis* (pp. 217–227). New York: Raven.
- Akopyan, M. (2011). Medical Discoveries Hit the Screens. Yerevan Magazine, Template: US-psychiatrist-stub.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Task force on DSM-IV (4th ed.). Washington DC: APA.
- Arbeitskreis OPD (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (2013). OPD-2 Modul Abhängigkeitserkrankungen. Das Diagnostik Manual. Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bakeman R. & Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Balint, M. (1968). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (1973).
- Ball, J. C. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer.
- Bandura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie*. Berlin: Springer.
- Benecke, C., Koschler, A., Peham, D., Bock, A., Dahlbender, R. W., Bieb, W. & Doering, S. (2009). Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 84–96.
- Bilitza, K. W. (2008). *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bion, W. (1977). *Seven Servants*. Northvale, NJ.: Jason Aronson.
- Blatt, S.-J., Berman, W., Bloom-Feshbach, S., Sugarman, A., Wilber, C. & Kleber, H. D. (1984). Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(3), 156–165.
- Böker, H., Schopper, C., Straub, M., Himmighoffen, H., Endrass, J., Küchenhoff, B., Weber, S., Hell, D. (2007). Automutilistisches Verhalten bei Patientinnen mit affektiven Störungen: Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur und Affektregulation mittels Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57, 319–327.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.

- Brockhaus Enzyklopädie (1990). Mannheim: FA Brockhaus.
- Bucher, R. E. & Costa, R. G. (1985). The therapeutic approach to drug addicts. *Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina*, 31(2), 113–130.
- Burian, W. (2008). Die süchtige Phantasie und die süchtige Beziehung. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 143–148). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *European Journal of Psychological Assessment*, 6, 284–290.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., Stasch, M. & OPD Task Force (2007). The Operationalized Diagnostics Systems: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology*, 40, 209–222.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G., Heuft, G., Dahlbender, R., Schauenburg, H. & Schneider, G. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46(2), 122–133.
- Cohen, J. (1960). A coefficient for agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46.
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement of partial credit. *Psychological Bulletin*, 70(4), 213–220.
- Courtwright, D. T. (1997). The prepared mind: Marie Nyswander, methadone maintenance and the metabolic theory of addiction. *Addiction*, 92(3), 257–265.
- Dole, V. (1988). Implications of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association*, 260, 3025–3029.
- Dührssen, A. (1981). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ehlers, W. (2002). Abwehrmechanismen. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 12–24) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fecht, I., Heidenreich, T., Hoyer, J., Lauterbach, W. & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung – Probleme der Diagnostik. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 403–419.
- Fenichel, O. (1931). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen*. Wien. – (1975). *Psychoanalytische Neurosenlehre*. Bd. II. Freiburg: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fenichel, O. (1945). The psychoanalytic theory of neurosis. Dt.: Fenichel O. (1983). *Psychoanalytische Neurosenlehre*, Bd. II. Frankfurt a. M. u. a.: Ullstein.
- Ferenczi, S. (1913). Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschung*, 3. In S. Ferenczi (1964). *Bausteine der Psychoanalyse*, Bd. I. (S. 120–144). Bern: Huber.
- Feuerlein, W. (1987). Zur Diagnostik des chronischen Alkoholismus. *Zeitschrift für öffentliches Gesundheitswesen*, 49, 522–527.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Fonagy, P. (2005). Psychoanalytic developmental theory. In E. Pearson, A. Cooper & G. Gabbard (Eds.), *Textbook of Psychoanalysis*. Washington: APA.
- Freud, A. (1936/1959). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Kindler.

- Freud, A. (1967). Comments on psychic trauma. In *The writings of Anna Freud, Vol. 5*, New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1892–1893). Ein Fall von hypnotischer Heilung. In *Gesammelte Werke* Bd. 1. Frankfurt a. M.: Fischer, 3–17.
- Freud, S. (1895, 1952). Studien über Hysterie. In *Gesammelte Werke* Bd. 1. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In *Gesammelte Werke* Bd. 5. Frankfurt a. M.: Fischer, 1–119.
- Freud, S. (1910). Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. In *Gesammelte Werke* Bd. 8. Frankfurt a. M.: Fischer, 94–102.
- Freud, S. (1915). Triebe und Tribschicksale. In *Gesammelte Werke* Bd. 10. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke* Bd. 11. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. In *Gesammelte Werke* Bd. 13. Frankfurt a. M.: Fischer, 1–69.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. In *Gesammelte Werke* Bd. 13. Frankfurt a. M.: Fischer, 237–289.
- Freud, S. (1923e). Die infantile Genitalorganisation (Eine Einschaltung in die Sexualtheorie). In *Gesammelte Werke* Bd. 13. Frankfurt a. M.: Fischer, 293–298.
- Freud, S. (1924b). Neurose und Psychose. In *Gesammelte Werke* Bd. 13. Frankfurt a. M.: Fischer, 387–391.
- Freud, S. (1924d). Der Untergang des Ödipuskomplexes. In *Gesammelte Werke* Bd. 13, Frankfurt a. M.: Fischer, 395–402.
- Freud, S. (1926). Hemmung, Symptom und Angst. In *Gesammelte Werke* Bd. 14. Frankfurt a. M.: Fischer, 111–205.
- Freud, S. (1930). Das Unbehagen in der Kultur. In *Gesammelte Werke* Bd. 14. Frankfurt a. M.: Fischer, 419–506.
- Freud, S. (1933). Neue Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, In: *Gesammelte Werke* Bd. 15. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S. (1938). Abriss der Psychoanalyse. In *Gesammelte Werke* Bd. 17. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freyberger, H., Dierse, B., Schneider, W., Strauß, B., Heuft, G., Schauenburg, H., Pouget-Schors, D., Seidler, G. H., Küchenhoff, J. & Hoffmann, S. O. (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 46, 356–365.
- Frosch, A. (1970). Psychoanalytic evaluation of addiction and habituation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 109–218.
- Gay, P. (1988). *Freud. A life for our time*. New York: Norton.
- Glover, E. (1933). Zur Ätiologie der Sucht. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 19, 170–197.
- Grosch, W. N. (1994). Narcissism: Shame, rage and addiction. *Psychiatric Quarterly*, 65, 49–63.
- Hagman, G. (1995). A psychoanalyst in methadonia. *Journal of Substance Abuse treatment*, 12(3), 167–179.
- Hartmann, H. (1960). *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart: Klett.
- Hartmann, H., Kris, E. & Löwenstein, R. (1940). *Comments on the formation of psychic structure*. Psychoanalytic Study of the Child, II (pp. 11–38). New York: International University Press.

- Hautzinger, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck Depressions Inventar (BDI)*. Testhandbuch. Bern: Huber.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1994). Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In A. Heigl-Evers & J. Ott (Hrsg.), *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis* (S. 9–31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. S. (1991). Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Suchttherapie, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch* (S. 128–139). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henningsen, P. (2002). Neurose. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 487–493) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G. & OPD-Task Force (2005). Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 261–276.
- Hirschmüller, A. (1978). Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. *Jahrbuch der Psychoanalyse/Beiheft 4*, Bern.
- Hoffer, W. (1954). Defensive process and defensive organisation: their places in psycho-analytic technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 35(2), 194–198.
- Homburg, S. (2013). Strukturniveau und Konflikte gemäß OPD-2 bei Abhängigkeitserkrankungen. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Institut für Psychologie der Universität Kassel.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bauer, B. A., Ureno, G. & Vilasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical application. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 885–892.
- Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version – Manual (IIP-D)*. Göttingen: Beltz Test.
- Humboldt Universität zu Berlin (2004). Verstehen statt verurteilen. Gedanken zur Behandlung schwerer psychischer Störungen (<http://edoc.hu-berlin.de/humboldt-vl/143/all/PDF/143.pdf>) – Festvorträge anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde der HU Berlin (7. Juli 2004). Hg. Humboldt Universität zu Berlin, Berlin 2005.
- Hunziker, H. & Boesch, L. (2008). Einstellungen zur Methadonsubstitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit: typische Einstellungen der Patienten, typische Patientengruppen und Unterschiede zu den Einstellungen der Behandelnden. Zürich: Universität Zürich.
- Jacobson, E. (1973). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Jakobsen, T. (2014). Abhängigkeitsdynamik, Konflikt und Struktur in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). *Persönlichkeitsstörungen*, 18(2), 75–87.
- Jakobsen, T., Albertini, V., Dieckmann, A., Forschner, L., Nitzgen, D., Obendiek, J.-H., Sporn, H., Tabatabal, D. & von Ploetz, K. (2010). Das OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. *Suchttherapie*, 11, 183–188.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstaufmerksamkeit (SAM). In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 3–14). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 791–815.
- Johnson, B. (2003). Psychological addiction, physical addiction, addictive character and addictive personality disorder. a new nosology of addictive disorders. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 11(1), 135–160.
- Jones, E. (1954–1957). *Sigmund Freud. Life and work*. 3 Bde. London: Hogarth.

- Kaplan, E. H. (1977). Implications of psychodynamics of therapy in heroin use: Borderline case. *NIDA Research Monograph*, 12, 126–141.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaufman E. & Kaufman P. (Eds.) (1979). *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. New York: Gardner Press.
- Kayman, D. J., Goldstein, M. F., Deren, S. & Rosenblum, A. (2006). Predicting treatment retention with a brief „Opinions about methadone“. *Scale. Journal of Psychoactive Drugs*, 38(1), 93–100.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organisation. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline personality disorders* (pp. 87–121). New York: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal world and external reality. Object relations theory applied*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Khantzian, E. J. (1974). Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 59–70.
- Khantzian, E. J. (1975). Self selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 10, 19–22.
- Khantzian, E. J. (1977). The ego, the self, and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. *NIDA Research Monograph*, 12, 101–117.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *Journal of American Psychiatry*, 142, 1256–1264.
- Khantzian, E. J. (1995). Self regulation vulnerabilities in substance abusers: Treatment implications. In S. Dowling (Ed.), *The psychology and treatment of addictive behaviour* (pp. 17–42). Boston: Madison CT International Universities Press.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuropsychanalysis*, 5, 5–21.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S. & Mc Auliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. New York: Guilford Press.
- Khantzian, E. J. & Wilson, A. (1993). Substance abuse, repetition, and the nature of addictive suffering. In J. Gedo & A. Wilson (Eds.), *Hierarchical concepts in psychoanalysis* (S. 263–283). New York: Guilford Press.
- Klein, M. (1935). Zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 95–130). Reinbek: Rowohlt, 1989.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In dies., *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 131–163). Reinbek: Rowohlt, 1989.
- Kohut, H. (1976). Vorwort zu J. vom Scheidt: *Der falsche Weg zum Selbst*. München: Kindler.

- Kohut, H. (1977). Preface of *NIDA Research Monograph: Psychodynamics of drug dependence*, 12, vii-ix.
- Krystal, H. (1962). The study of withdrawal from narcotics as a state of stress. *Psychiatric Quarterly Supplement*, 36, 53–65.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma and alexythymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Krystal, H. (1995). Disorders of emotional development in addictive behaviour. In S. Dowling (ed.), *The psychology and treatment of addictive behaviour* (S. 65–100). Boston: Madison CT International Universities Press.
- Krystal, H. & Raskin, H. A. (1970). *Drug dependence: Aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press. Dt. (1983). *Drogensucht: Aspekte der Ichfunktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Küchenhoff, J. (2002). Abwehr. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 6–11) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2002). *Das Vokabular der Psychoanalyse* (16. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lindner, W. V. (1998). Psychodynamik der Sucht. Persönlichkeitsstörungen. *Theorie und Therapie*, 3, 125–134.
- Loch, W. (1995). *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*. Stuttgart: Hitzel Verlag.
- Lürßen, E. (1976): Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In D. Eicke (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 2 (S. 838–864). Zürich: Kindler.
- Marquardt, K. (2004). Zur Persönlichkeit und Konfliktstruktur von aktuellen und ehemaligen Ecstasykonsumenten: eine empirische Studie mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik an 61 Ecstasykonsumenten und 59 Kontrollen. *Dissertation Fachbereich Medizin der Universität Hamburg*.
- Matusow, M. & Rosenblum, A. (2013). The most critical unresolved issue associated with: Psychoanalytic theories of addiction: Can the talking cure tell us anything about substance use and misuse? *Substance Use & Misuse*, 48, 239–247.
- Matussek, E. (1959). Süchtige Fehlhaltung. In V. E. Frankl, V. E. v. Gerbsattel & J. H. Schultz (Hrsg.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. II. München: Urban & Schwarzenberg.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- Mentzel, G. (1967). Die Rückfallsituation des chronischen Alkoholikers. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 13, 276–285.
- Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) (2002). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2002). Ödipuskomplex. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 514–522) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Milch, W. & Hartmann, H.-P. (2002). Selbstpsychologie. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 658–660) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Miller, J. R. (1996). A psychoeducational-psychodynamic approach to the treatment of drug addicts. In J. Edward & J. Sandville (Eds.), *Fostering healing and growth: A psychoanalytic social work approach* (S. 226–243). New York: Jason Aronson.
- Miller, J. R. (2002). Heroin addiction: The needle as transitional object. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30(2), 293–304.
- Moatti, J. P., Souville, M., Escaffre, N. & Obadia, Y. (1998). French general practioners' attitudes toward maintenance drug abuse treatment with buprenorphine. *Addiction*, 93(10), 567–575.
- Moore, A. & Fine, B. (1990). *Psychoanalytic terms and concepts*. New York: American Psychoanalytic Association.
- Morgenthaler, F. (1974). Zur Theorie und Therapie von Perversionen. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 12, 1077–1098.
- Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G. & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 485–494.
- Newman, R. G. (2003). Studying methadone's appropriateness: enough already! *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, Suppl. 1, 23–24.
- Nitzgen, D. (2003). Sucht als Abwehrorganisation. Perspektiven einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik der Sucht. *Suchttherapie*, 4, 65–71.
- Nitzgen, D. & Brünger, M. (2000a). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD?* (S. 238–252). Bern: Huber.
- Nitzgen, D. & Brünger, M. (2000b). Welche Patienten beenden die Behandlung irregulär? In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Band 23 (S. 107–117). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
- Nitzschke, B. (2008). Sigmund Freud, Kokain und die Anfänge der Psychoanalyse. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 25–47). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nordt, C., Burri, P., Stohler, R. & Rössler, W. (2004). *Gründe für die Beendigung von Methadonbehandlungen. Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Nr. 11*.
- Nordt, C. & Stohler, R. (2006). Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: A treatment case register analysis. *Lancet*. 2006 Jun 3, 367(9525).1830–4. Erratum in: *Lancet*. 2006 Jul 8, 368(9530). 118.
- Nordt, C. & Stohler, R. (2011). *Heroinabhängigkeit: Ein Update zur Problemlage und Versorgung im Kanton Zürich*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.
- Nunes, E. V. & Rosecan, J. S. (1987). Human neurobiology of cocaine. In H. I. Spitz & J. S. Rosecan (Eds.), *Cocaine abuse: New directions in treatment and research* (pp. 48–94). New York: Brunner/Mazel.
- Olievenstein, C., Angel, S., Géraud, B., Mège, J. Y. & Perpère, A. (1987). *La clinique de toxicomane*. Paris: Editions universitaires Begedis.
- Pieh, C., Frisch, M., Loew, T. & Lahmann, C. (2009). Validität der Achse III (Konflikt) der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 263–281.
- Potik, D., Adelson, M. & Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: Methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 311–325.



- Radó, S. (1926). Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte – Versuch einer psychoanalytischen Theorie der Süchte. *Zeitschrift Psychoanalyse*, 12, 340–356.
- Radó, S. (1934). Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht). *Zeitschrift Psychoanalyse*, 20, 16–32.
- Raguse, H. (2002). Paranoid-schizoide Position – depressive Position. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 136–142) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rangell, L. (1974). A psychoanalytic perspective leading currently in the syndrome of compromise of integrity. *International Journal of Psychoanalysis*, 55, 3–12.
- Rapaport, D. & Gill, M. M. (1959). The points of view and assumptions of metapsychology. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 153–162.
- Rascovsky, A. (1997). On drug addiction. A psychoanalytic perspective. In A. Rascovsky (Ed.), *Psychoanalysis in Argentina. Selected articles 1942–1997* (pp. 291–318). Buenos Aires: Ediciones Tauro.
- Raskin, H. A., Petty, T. A. & Warren, M. (1957). A suggested approach to the problem of narcotic addiction. *American Journal of Psychiatry*, 113, 1089–1094.
- Rehm, J. & Uchtenhagen, A. (2001). Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. *Ergebnisbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Projektgruppe „Nationale Substitutionskonferenz 2001“*.
- Reymann, G., Zbikowski, A., Martin, K., Tetzlaff, M. & Janssen, P. L. (2000). Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD?* (S. 229–237). Bern: Huber.
- Rine, R. (1973). The psychoanalysis of a drug addict. *Psychoanalytic Review*, 59(4), 585–608.
- Roazen, P. & Swerdloff, B. (1995). *Heresy: Sandor Radó and the psychoanalytic movement*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenfeld, H. A. (1960). On drug addiction. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 467–475.
- Roskamp, H. (1995). Grundzüge der Neurosenlehre. In W. Loch (Hrsg.), *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse* (S. 51–153). Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Rost, W.-D. (1992). *Psychoanalyse des Alkoholismus – Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. (1977). *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose*. Ein Beitrag zur Psychopathologie des Ich-Erlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., Rüger, U., Seidler, G. H. & Schwarz, F. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41, 197–212.
- Rüger, U. (2002). Strukturelle Störung. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 679–684) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sammet, I., Himmighoffen, H., Brücker, J., Dreher C., Olshausen Küchenhoff, C., Wilmers, F., Wolf, A., Zell, P. & Küchenhof, J. (2012). OPD in the hospital: an algorithm for structuring the diagnostic process with the Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(3), 282–298.
- Savitt, R. A. (1963). Studies on addiction: Ego structure in narcotic addiction. *Psychoanalytic Quarterly*, 32, 43–57.

- Schafer, R. (1960). The loving and beloved superego in Freuds structural theory. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 163–188.
- Schaub, M., Fanghaenel, M. & Stohler, R. (2009). Reasons for cannabis use: Patients with schizophrenia versus matched healthy controls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1060–1065.
- Scheidt, J. vom (1976). Der falsche Weg zum Selbst. Studien zur Drogenkarriere. *Geist und Psyche*, Bd. 2161, München: Kindler.
- Scherbaum, N. & Heigl-Evers, A. (1996). Psychodynamische Aspekte der Substitutionsbehandlung Heroinabhängiger mit Methadon. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 46, 47–51.
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G. & Burgmer, M. (2008). Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 46–62.
- Schneider, W. & Freyberger, H. J. (2000). Resümee. In W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD?* (S. 253–260). Bern: Huber.
- Schneider, W., Freyberger, H. J., Muhs, A. & Schüssler, G. (1996). Results of the ICD-10 research criteria study in german-speaking countries in the field of psychosomatics and psychotherapy. *Psychopathology*, 5, 306–314.
- Schneider, W., Klauer, T., Freyberger, H. J., Hake, K. & von Wietersheim, J. (2000). Die Achse I „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“ der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50, 454–463.
- Schöpf, J. (1996). *Psychiatrie für die Praxis*. Berlin u. Heidelberg: Springer.
- Schretzenmayer, K. (1993). *Psychodynamik von Alkoholismus und Drogensucht*. München: Selbstverlag.
- Schüssler, G. (2002). Konflikt. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 385–389) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schüssler, G. (2014). How addiction develops and what are the consequences – a psychodynamic approach addiction and psychodynamic aspects. *Psychiatria Danubina*, 26(4), 368–371.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45, 612–630.
- Shrout P. E. & Fleiss J. L. (1979). Intraclass correlation: Uses in associating rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420–428.
- Simmel, E. (1948). Alcoholism and addiction. *Psychoanalytic Quarterly*, 17, 6–31.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U. & Freyberger, H. J. (2002). Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 392–397.
- Sporn, H. (2003). Skala subjektive Aneignung der Suchterkrankung. *Unveröffentlichtes Manual Klinik Langenberg*.
- Sporn, H. (2005). Aneignung der Suchterkrankung – Ein Konzept und ein Instrument zu seiner Erfassung. *Psychotherapeut*, 50, 347–353.
- Stasch, M., Cierpka, M., Hillenbrand, E., Schmal, H. (2002). Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 12, 355–368.
- Stolorow, R., Brandschaft, B. & Atwood, G. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Stolorow, R. (2001). Trauma in a presymbolic world, *Psychoanalytic Psychology*, 2, 380–388.
- Subkowski, P. (2000). Die psychoanalytische Sichtweise der Abhängigkeitserkrankungen. *Psychotherapeut*, 45, 253–266.
- Subkowski, P. (2008). Störungen der Trieborganisation in Suchtentwicklungen. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 51–90). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Summers, F. (1994). The work of D. W. Winnicott. In F. Summers (Ed.), *Objekt relations theories and pathology* (S. 137–190). London: The Analytic Press.
- Tenbrink, D. (2002). Übergangsobjekt, Übergangsraum. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 750–754) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomasius, R., Kraus, D., Sack, P.-M., Wuchner, M., Gemeinhardt, B., Schindler, A., Schuhbert, C., Daporta-Albuy, J. & Heinz, B. (2000). Zum Einsatz der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik in der Suchtforschung: Erste Erfahrungen in Querschnitts- und Verlaufsuntersuchungen. In W. Schneider & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD?* (S. 218–228). Bern: Huber.
- Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P.-M., Schindler, A., Gemeinhardt, B., Schuhbert, C. & Küstner, U. (2001). Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familien-therapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 365–372.
- Tress, W. (1985). Zur Psychoanalyse der Sucht. Eine Studie am objektpsychologischen Modell. *Forum der Psychoanalyse*, 1(2), 81–92.
- Trimborn, W. (2002). Überich. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 754–758) (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Valentine, K. & Fraser, S. (2008). Trauma, damage and pleasure: Rethinking problematic drug use. *International Journal of Drug Policy*, 19, 410–416.
- Voigtel, R. (1996). Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 50(8), 715–741.
- Wälder, R. (1951). The structure of paranoid ideas: A critical survey of various theories. *International Journal of Psychoanalysis*, 32(3), 167–177.
- Weinryb, R. M. & Rössel, R. J. (1991). Korlinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1–23.
- Weissman, M. D., Slobetz, F., Prusoff, B., Mezritz, M. & Howard, P. (1976). Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1434–1438.
- Wilson, A., Passik, S. D., Faude, J., Abrams, J. & Gordon, E. (1989). A hierarchical model of opiate addiction: Failures of self-regulation as a central aspect of substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 390–399.
- Winnicott, D. W. (1950). *Transitional Objects and Transitional Phenomena*. New York: International Press.
- Winnicott, D. W. (1953a). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Winnicott, D. W. (1953b). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In D. W. Winnicott: *Vom Spiel zur Kreativität* (S. 10–36). Stuttgart: Klett Cotta, 1979.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.

- Winnicott, D. W. (1962). Die Frage des Mitteilens und des Nicht-Mitteilens führt zu einer Untersuchung gewisser Gegensätze. In D. W. Winnicott: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt* (S. 234–252). München: Kindler.
- Winnicott, D. W. (1965). *Maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Press.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-System of mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820–843.
- Wurmser, L. (1983). Drogengebrauch als Abwehrmechanismus. In Lettieri, D. J. & Welz, R. (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen* (S. 84–88). Basel u. Weinheim: Beltz.
- Wurmser, L. (1985). General and split identity: Timely issues in the psychoanalytic psychotherapy of compulsive drug users. *J Subst Abuse Treat*, 2(2), 89–96.
- Wurmser, L. (1987a). Flight from conscience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part One: Dynamic sequences underlying compulsive drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(3–4), 157–168.
- Wurmser, L. (1987b). *Flucht vor dem Gewissen: Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen*. Berlin u. Heidelberg: Springer.
- Wurmser, L. (1999). *Magische Verwandlung und tragische Verwandlung. Die Behandlung der schweren Neurose*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wurmser, L. (2000a). *Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen* (3. Aufl.). Berlin u. Heidelberg: Springer.
- Wurmser, L. (2000b). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 40–54). Stuttgart: Thieme.
- Wurmser, L. (2008). Sucht und Mystik als antitragische Versuche. In K. W. Bilitza (Hrsg.), *Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie* (S. 236–261). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Zinberg, N. E. (1975). Addiction and ego function. *Psychoanalytic Study of the Child*, 30, 567–589.

## Anhang

- A1 Fragekatalog OPD
  - A2 Zusatzfragen Methadon
  - A3 MEI-40 Fragebogen
  - B1 Plakat für Patienten
  - B2 Patienteninformation
  - B3 Einverständniserklärung
  - C1 Stichprobenbeschreibung; Soziodemographische Angaben
  - C2 Stichprobenbeschreibung: Aktuelle Substitutionsbehandlung
  - C3 Stichprobenbeschreibung: Anamnestische Angaben
  - D1 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Deskriptive Auswertung
  - D2 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte
  - D3 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Verarbeitung des Hauptkonflikts
- Lebenslauf

## A1 Fragekatalog OPD

### **OPD-Interview: Vorgesehene Fragestellungen des halbstandardisierten Interviews Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik 2 (Arbeitskreis OPD, S. 446-467)**

#### **Achse III (Konflikt)**

##### **K1: Individuation vs. Abhängigkeit**

- Sind Sie jemand, der eher enge und nahe Beziehungen sucht oder brauchen Sie eher Abstand und Unabhängigkeit?
- Wie viel Nähe und Kontakt zu anderen Menschen brauchen Sie und wie viel Abstand und Raum für sich?
- Können Sie gut allein sein?
- Fühlen Sie sich am wohlsten, wenn Sie immer mit anderen zusammen sind?

##### **K2: Unterwerfung vs. Kontrolle**

- Wie wichtig sind Ihnen die Regeln und Ordnungen im Leben?
- Wie gehen Sie mit Anweisungen und Vorschriften um?
- Ist es so, dass Sie sich gern/ungern den Ton im Kontakt mit anderen angeben?
- Ist es eigentlich so, dass Sie immer wieder Meinungsverschiedenheiten mit anderen erleben?

##### **K3: Versorgung vs. Autarkie**

- Haben Sie oft das Gefühl, dass andere sich nicht ausreichend um Sie kümmern?
- Sind Sie ein Mensch, der v. a. viel für andere tut, für sich selbst aber nichts beansprucht?
- Können Sie um Hilfe bitten?
- Fällt es Ihnen schwer, Menschen loszulassen?

##### **K4: Selbstwertkonflikt**

- Fühlen Sie sich anderen Menschen gegenüber oft minderwertig und unterlegen?
- Gibt es oft Situationen/Gedanken/Gefühle für die Sie sich schämen?
- Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst?
- Gibt es etwas, was Sie sehr verletzt und kränkt?

##### **K5: Schuldkonflikt (Selbst- vs. Fremdbeschuldigungen)**

- Mir scheint, dass Sie dazu neigen, die Verantwortung/Schuld vor allem bei sich/bei anderen zu suchen, z. B. im Beruf.
- Übernehmen Sie die Verantwortung bei Versagen Ihres Partners, Ihrer Eltern, Ihrer Kinder oder halten Sie Ihren Partner, Eltern oder Kinder für schuldig, wenn Sie sich schlecht fühlen?
- Wie geht es Ihnen damit, wenn jemand anderes Sie beschuldigt, etwas falsch gemacht zu haben? Verteidigen Sie sich oder nehmen Sie die Schuld auf sich?
- Neigen Sie dazu, Krankheiten hinzunehmen, ernstliche Erkrankungen zu übersehen oder können Sie Krankheiten schlecht ertragen und halten Sie die Ärzte für unfähig, Ihnen zu helfen?

## A1 Fragekatalog OPD

### **K6: Ödipaler Konflikt**

- Schildern Sie mir bitte an Beispielen Ihre Beziehung zu Ihren Eltern/Ihren Geschwistern/Ihrem Partner/Ihren Arbeitskollegen/den Menschen um Sie herum.
- Erklären Sie mir an Beispielen bitte, wie Sie zu Ihrem Körper und zu Erotik und Sexualität/Rivalität stehen, wie Sie damit zurechtkommen und inwieweit Sie diese geniessen können?
- Ich habe den Eindruck, dass Ihnen Schutz und Geborgenheit in einer Partnerschaft wichtiger sind als besonders attraktiv und als Frau/Mann begehrenswert zu gelten.
- Ich habe den Eindruck, dass Ihnen Ihr Körper und Ihr Aussehen sehr wichtig sind und Sie sehr viel dafür tun, z. B. Körperpflege/Fitnessstudio/kosmetische Operationen..., um körperlich attraktiv und auch möglichst überlegen zu sein.

### **K7: Identitäts- (Selbst-)Konflikte (Identitätsdissonanz)**

- Erleben Sie sich zwischen Ihrer Rolle als ... und Ihrer Rolle als ... förmlich zerrissen?
- Mir scheint, es gibt Situationen, in denen die Vorstellungen, die Sie von sich selber haben, untereinander so sehr in Widerspruch geraten, dass Sie nicht mehr ganz sicher (wie sonst) sind, was Sie als Person auszeichnet, ob Sie mehr so oder so sind?
- Kennen Sie das Gefühl, widersprüchliche Vorstellungen davon zu haben, welche Berufs- bzw. welche Lebensform zu Ihnen passt?

### **Abgewehrte Konflikts- und Gefühlswahrnehmung**

- Kennen sie Situationen, in denen Sie gefühlsmässig besonders intensiv reagieren?
- Ich habe den Eindruck gewonnen, dass Ihr Leben besonders glatt und unproblematisch ohne allzu heftige Gefühlsregungen verläuft. Wie erleben Sie das?
- Hat Ihnen schon einmal jemand gesagt, Sie seien zu vernünftig und/oder Sie würden zu wenig Gefühle zeigen?
- Wundern Sie sich manchmal, wie unvernünftig und emotional andere reagieren?

### **Aktuallkonflikt**

- Gab es in zeitlichem Zusammenhang zu Ihren Beschwerden eine schwere Lebensbelastung?

## **Achse IV (Struktur)**

### **Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung**

- Sie haben schon einiges über sich erzählt, vielleicht können Sie nun noch einmal selbst beschreiben, möglichst so, dass ich mir vorstellen kann, was für ein Mensch Sie sind.
- Können Sie mir beschreiben, was in dieser Situation in Ihnen vorgegangen ist?
- Kommt es manchmal vor, dass Sie gar nicht wissen, wie Sie sich fühlen?
- Sie haben sich vorhin geschildert als ... und jetzt beschreiben Sie sich als ..., wie passt das zusammen?

### **Kognitive Fähigkeit: Objektwahrnehmung**

- Sie haben bereits mehrfach von XY gesprochen. Könnten Sie mir ihn bitte so beschreiben, dass ich ihn mir möglichst gut vorstellen kann?
- Wie würden Sie XY im Unterschied zu sich selbst sehen?

## A1 Fragekatalog OPD

- Manche Menschen haben eine gute Menschenkenntnis, Verfügen Sie auch darüber? Erzählen Sie mir ein Beispiel.
- Sie haben gesagt, XY sei ..., hat er auch andere Seiten?

### **Selbststeuerungsfähigkeit: Selbstregulierung**

- Wie gehen Sie damit um, wenn Sie innerlich unter Druck geraten?
- Kennen Sie es, dass sich Ihre Stimmung plötzlich ändert?
- Haben Sie manchmal das Gefühl, alle sind gegen Sie?
- Haben Sie in dieser Situation vielleicht so impulsiv gehandelt, weil Sie Ihre Gefühle nicht mehr aushalten konnten?

### **Selbststeuerungsfähigkeit: Regulierung des Objektbezugs**

- Wie verhalten Sie sich, wenn Sie mit jemandem in einen Interessenkonflikt geraten?
- Macht es Ihnen Schwierigkeiten sich vorzustellen, wie jemand anderes auf Sie reagieren wird?
- Es gibt manchmal Situationen im Leben, wo man Zugeständnisse machen muss, die einem sehr schwer fallen, wie ist das bei Ihnen?
- So wie Sie das erzählen, klingt es so als wenn Sie sich die Folgen dessen, was Sie tun, übertrieben vorstellen würden.

### **Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen**

- Können Sie sich an Ihre Träume erinnern?
- Fällt es Ihnen leicht zu ergründen, was in Ihnen vorgeht?
- Wie gut glauben Sie Ihre Bedürfnisse zu kennen?
- So wie Sie das schildern, klingt es so, als wenn Sie sich in Ihrem Körper nicht wohl, sondern eher wie versteinert fühlen.

### **Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach aussen**

- Haben Sie Schwierigkeiten, mit anderen in Kontakt zu kommen?
- Können Sie sich vorstellen, was ein anderer Mensch gerade fühlt?
- Fällt es Ihnen schwer, Ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen?
- Mir kommt es so vor, als würden Sie sich oft unverstanden fühlen.

### **Fähigkeit zur Bindung: Innere Objekte**

- Wie gehen Sie mit einer für Sie belastenden Situation um?
- Haben Sie schon einmal festgestellt, dass in Ihren Freundschaften immer wieder die gleichen Probleme auftreten?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Sie alleine sind?
- Sie haben eben Ihren Partner geschildert. Ihre Beschreibung klingt so, als sei dieser der Freundin XY sehr ähnlich.

### **Fähigkeit zur Bindung: Äussere Objekte**

- Sind Sie jemand, der sich leicht binden kann?
- Wie erleben Sie Trennungssituationen?
- Können Sie sich in schwierigen Situationen Hilfe suchend an andere wenden?
- Nach dem, was Sie erzählen, scheinen Sie Abschiedssituationen zu meiden.



Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht:

männlich

weiblich

☐ 1

☐ 2

Alter beim Heroin-  
Erstkonsum:

..... Jahre

Alter bei erster Methadon-  
Substitutionsbehandlung:

..... Jahre

Aktuelle Substitutions-  
behandlung:

Ambulant öffentliche Institution	Teilstationär öffentliche Institution
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Aktuelle Methadondosis:

..... mg pro Tag

Dauer der aktuellen  
Methadonbehandlung:

..... Monate

Anzahl Tage, an denen Sie  
in den letzten 30 Tagen  
Heroin konsumiert haben

..... Tage

Alter bei erster psychiatri-  
scher Behandlung

..... Jahre

Art der Gespräche:

kurze Gespräche (Befindlichkeit)	lange Gespräche (Psychotherapie)
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

# Methadon-Einstellungs-Inventar

## MEI-40

### Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Heinz Hunziker

Lukas Boesch

---

Dieser Fragebogen wurde durch Heinz Hunziker und Lukas Boesch entwickelt. Er ist bis auf weiteres nur direkt über die beiden Autoren erhältlich. Dieser Fragebogen darf nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Autoren verwendet werden.

Die Anschrift der beiden Autoren lautet wie folgt:

Heinz Hunziker, Dr. phil.  
Wissenschaftlicher Psychologe und Psychotherapeut FSP  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen  
Forschungsgruppe  
Selnaustrasse 9  
8001 Zürich

+41 44 205 58 00  
heinz.hunziker@gmx.ch

Lukas Boesch, Dr. phil.  
Wissenschaftlicher Psychologe und Projektleiter  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen  
Forschungsgruppe  
Selnaustrasse 9  
8001 Zürich

+41 44 205 58 00  
lukas.boesch@puk.zh.ch

Im Folgenden finden Sie 40 Aussagen zum Methadon und zur Methadonbehandlung. Bitte bewerten Sie diese Aussagen mit dem Grad Ihrer Zustimmung. Dazu haben Sie jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Auswahl. Sie können mit einem Kreuz jene Antwort auswählen, die Ihrer Ansicht am besten entspricht.

Wenn Sie beispielsweise voll und ganz der Ansicht sind, Methadon sei eine zusätzliche Droge, welche einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt, können sie das Kästchen mit der Überschrift „stimmt voll und ganz“ ankreuzen.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
Bsp. Methadon ist eine zusätzliche Droge, die einem nicht einmal eine positive Wirkung gibt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4

Es gibt hier keine richtigen oder falschen Antworten. Lesen Sie jede Aussage in Ruhe durch und antworten sie Ihrer persönlichen Meinung entsprechend. Bitte wählen Sie für jede Aussage nur eine Antwort aus.

- |   | stimmt<br>überhaupt<br>nicht | stimmt<br>ein<br>wenig     | stimmt<br>ziemlich         | stimmt<br>voll und<br>ganz |
|---|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Je tiefer die Methadondosis ist, desto motivierter ist man und desto besser geht es einem.   | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2. Die Methadondosis sollte die Anfangsdosis möglichst nicht übersteigen, damit man nicht vom Methadon abhängig wird.                 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 3. Wenn man es geschafft hat, mit dem Heroinkonsum aufzuhören, ist es wichtig zur Sicherheit auch noch weiterhin Methadon zu nehmen.  | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 4. Sobald einem das Methadon dazu verholffen hat, kein Heroin mehr zu konsumieren, sollte man das Methadon möglichst schnell abbauen. | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Methadon ermöglicht mir, stressfreier Heroin zu konsumieren.   | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6. Sobald ich mich jeweils wieder besser fühle, beginne ich, die Methadondosis abzubauen.   | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 7. Mit einer unnötig hohen Methadondosis begibt man sich in eine Scheinwelt.  | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8. Die Methadonbehandlung wird zur Falle: Man kommt nicht richtig vom Heroin weg und kann sich auch nicht wirklich integrieren.       | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
9. Man muss zuerst das Methadon abbauen, um aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Es spielt keine Rolle wie hoch die Methadondosis ist. Wenn man Lust und genügend Geld hat, konsumiert man automatisch mehr Heroin oder andere Drogen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Wenn es mir jeweils psychisch wieder besser geht, neige ich dazu, das Methadon abzubauen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12. Ich nehme eine möglichst tiefe Methadondosis ein, weil man ab einer bestimmten Methadondosis wie in Watte gepackt ist und einem die Realität als unwirklich (wie in einem Film) erscheint.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13. Methadon unterstützt mich dabei, aus beruflichen, sozialen und persönlichen Problemen herauszukommen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Methadon sollte möglichst nur als Hilfsmittel beim Heroinentzug eingesetzt werden, damit man nicht davon abhängig wird.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15. Eigentlich möchte ich das Methadon nur zur Überbrückung von Heroin-Engpässen einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Die Einnahme von Methadon ist nicht die Voraussetzung dafür, dass ich im Rahmen der Methadonbehandlung das Behandlungsziel erreiche, sondern der Methadonabbau ist das Ziel selber.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17. Je länger man Methadon einnimmt und je höher die Dosis ist, desto schädlicher ist Methadon für den Körper.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
18. Ich bin überzeugt, dass man sich mit einer genügend hohen Methadondosis psychisch und physisch stabilisieren kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19. Ich beziehe oft mehr Methadon vom Arzt, als ich einnehme und bewahre den Rest zur Sicherheit auf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Methadon hilft mir, kein Heroin zu konsumieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
21. Ziel in der Methadonbehandlung sollte immer der Abbau sein, da man sonst nicht mehr vom Methadon loskommt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
22. Ich kann mich langfristig mit Methadon nur stabilisieren, wenn ich das Gefühl habe, dass die Methadondosis möglichst tief ist.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
23. Methadon hilft mir, mich psychisch und physisch zu stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
24. Lieber bei einer tiefen Methadondosis ab und zu Heroin konsumieren, als konstant eine hohe Methadondosis einnehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
25. Die Methadonbehandlung führt dazu, dass man es sich in der Sucht bequem einrichten kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
26. Es macht keinen Sinn, wenn man es geschafft hat mit Hilfe des Methadons mit dem Heroin aufzuhören, noch weiterhin Methadon einzunehmen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
27. Wenn man sich auf einer höheren Methadondosis einstellen lässt, als man eigentlich möchte, steht man plötzlich ohne es zu bemerken mit einer zu hohen Methadondosis da.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
28. Wenn man seine Probleme (Job, Beziehungen, Finanzen) wirklich lösen will, muss man sich zuerst einmal mit Methadon über längere Zeit stabilisieren.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
29. Ich nehme nur gerade soviel Methadon ein, dass ich keine Entzugssymptome habe. Den Rest bewahre ich auf.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
30. Auch wenn ich vorübergehend das nötige Geld hätte, würde ich nicht vermehrt Heroin konsumieren, weil ich auf einer genügend hohen Methadondosis eingestellt bin.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
31. Es motiviert mich, wenn ich weiss, dass ich weniger Methadon einnehme als die meisten anderen Methadonbezügler.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
32. Eine hohe Methadondosis verhindert im Gegensatz zu einer tiefen Methadondosis den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Gedanken.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
33. Die Heroinabhängigkeit lässt sich überwinden, indem man konstant über längere Zeit eine genügend hohe Methadondosis einnimmt.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

	stimmt überhaupt nicht	stimmt ein wenig	stimmt ziemlich	stimmt voll und ganz
34. Ich setze mir laufend Zeitlimiten innerhalb derer ich das Methadon einen weiteren Schritt abbauen möchte und bin frustriert, wenn ich das nicht schaffe.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
35. Wenn ich es geschafft habe, das Methadon auf eine von mir gewünschte Dosis abzubauen, kommt es ab und zu vor, dass ich mich dafür mit Heroin belohne.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
36. Ich strebe einen Methadonabbau an, weil ich nicht Methadonabhängig sein möchte.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
37. Die Beendigung der Methadonbehandlung ist umso schwieriger, je länger die Methadonbehandlung gedauert hat und je höher die Methadondosierung während dieser Behandlungsdauer war.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
38. Wenn es einem gelingt, das Heroin durch das Methadon zu ersetzen, führt das zur nötigen Ruhe, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
39. Ich erhöhe die Methadondosis wenn möglich nicht, damit ich nicht auch noch vom Methadon abhängig werde.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
40. Ich nehme jeweils soviel Methadon, damit ich im Rahmen meiner Methadonbehandlung, stressfrei ab und zu Heroin konsumieren kann.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

## **STUDIE IM ZAE**

Psychodynamische Diagnostik und Einstellungen zum Methadon von  
methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten

Sind Sie:  
mit Methadon substituiert  
zwischen 25 und 50 Jahren alt  
und  
möchten ca. eine Stunde interviewt werden und ca. 15 Minuten ei-  
nen Fragebogen zu Ihrer Einstellung zum Methadon ausfüllen  
und  
dafür 20 Franken erhalten?

Dann  
melden Sie sich bei Ihrem behandelnden  
Arzt/Psychologen/Sozialarbeiter,  
dass Sie über die Studie informiert werden können,  
um einen Termin zu vereinbaren

Studienleiter: Lic. phil. S. Leuzinger & PD Dr. med. R. Stohler  
Telefon: 076 525 00 59

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen  
Selnastrasse 9  
8001 Zürich

## **Psychodynamische Diagnostik und Einstellungen zum Methadon von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Sie wurden für die Studie angefragt, weil Sie mit Methadon substituiert sind.

Ziel der Studie ist es den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit / Charakter und psychischen Schwierigkeiten von methadonsubstituierten heroinabhängigen PatientInnen und Ihrer Einstellung zur Methadonsubstitution zu untersuchen.

Uns interessieren Ihre Lebenserfahrungen mit sich selbst, ihrem persönlichen Umfeld und der Heroinabhängigkeit und Ihre Einstellungen gegenüber der Methadonbehandlung, da wir überzeugt sind, dass die Erfahrungen und Meinungen der Patientinnen und Patienten sehr wichtig sind und unbedingt ernst genommen werden sollten.

Im Rahmen dieses Interviews werden Sie Gelegenheit haben, über sich und Ihr persönliches Umfeld zu berichten, Ihre Erfahrungen mitzuteilen.

Die Studie wird im ZAE (Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der PUK Zürich) zwischen Juni 2009 und September 2010 bei 50 Personen durchgeführt. Die teilnehmenden Personen sind im ZAE in Substitutionsbehandlung mit Methadon. Eine Untersuchung beinhaltet ein Interview von einer Stunde und das Ausfüllen eines Fragebogens von 15 Minuten. Das Interview wird mit einer Videokamera aufgenommen. Im Anschluss werden Sie die Gelegenheit haben in einem Fragebogen 40 Behauptungen rund um das Thema Methadon und die Methadonbehandlung zu bewerten. Damit wir Ihre Meinungen und Erfahrungen mit denjenigen anderer PatientInnen vergleichen können, bitten wir Sie, diese Meinungen anhand einer Skala zu bewerten. Zudem möchten wir gerne einige Angaben zu Ihrer Person erfragen, damit wir erfassen können, welche Personengruppen je nach dem unterschiedliche Meinungen zur Behandlung haben.

Diese klinische Studie wird nach international anerkannten Grundsätzen durchgeführt. Psychodynamische Aspekte (psychologische Zusammenhänge) heroinabhängiger methadonsubstituierter PatientInnen wurden selten geprüft. Die Untersuchung (das Interview) soll hier ansetzen.

Sobald wir durch Ihren behandelnden Arzt / Ihre behandelnde Ärztin über Ihre Entscheidung an der Studie teilzunehmen informiert werden, werden wir Sie persönlich kontaktieren, um einen Termin für das Interview zu vereinbaren. Sollten während der Studie bzw. der Befragung Fragen zur Studie auftreten, haben Sie selbstverständlich das Recht auf ausführliche Informationen über die Studie.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit zurückziehen, ohne Angabe von Gründen. Im Falle eines Widerrufs werden die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten weiter verwendet. Zudem sind Sie (wie für jede Studie im ZAE) speziell versichert.

Auf den Schutz der Daten wird in der Untersuchung mit grösster Sorgfalt geachtet. Alle im Rahmen der Studie anfallenden Informationen werden vertraulich behandelt und aufbewahrt. Zu diesem Zweck werden die Videoaufnahmen und Fragebögen unter Verschluss in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zehn Jahre aufbewahrt und danach vernichtet. Zugang zu den Daten haben ausschliesslich die an der Auswertung des Datenmaterials beteiligten Mitarbeiter. Die Videobänder werden von zwei bis maximal drei Spezialisten beurteilt und werden ausschliesslich für die Studie verwendet. Die Ver-



## B2 Patienteninformation

wendung für andere, z. B. Schulungen oder Fortbildungen ist streng verboten. Ihre Daten werden zudem anonymisiert ausgewertet.

Es besteht kein gesundheitliches Risiko.

Als StudienteilnehmerIn sind Sie verpflichtet, den Anweisungen des Untersuchers zu folgen und sich an den Studienplan zu halten.

Die Teilnahme an dieser klinischen Studie könnte ein besseres klinisches Verständnis für die Heroinabhängigkeit geben und evtl. helfen die psychotherapeutische Behandlung und die Substitutionsbehandlung für Sie und für andere Personen mit einer Heroinabhängigkeit zu verbessern.

Die Erkenntnisse aus der Studie können Sie (falls gewünscht) schriftlich erhalten.

In dieser Studie werden persönliche Daten von Ihnen erfasst. Diese Daten werden anonymisiert. Sie sind nur Fachleuten zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich.

Ebenso kann die zuständige Ethikkommission Einsicht in die Originaldaten nehmen. Während der ganzen Studie wird die Vertraulichkeit strikt gewahrt. Ihr Name wird in keiner Weise in Rapporten oder Publikationen, die aus der Studie hervorgehen, veröffentlicht.

Wenn Sie mitmachen wollen und sich dann während des Interviews umentscheiden sollten, können Sie das Interview jederzeit ohne Konsequenzen abbrechen. Die Videoaufnahmen können dann auf Ihren Wunsch gelöscht werden.

Die in dieser Patienteninformation erwähnten Untersuchungen sind kostenlos.

Für die Teilnahme an dieser klinischen Studie erhalten Sie eine Entschädigung von Fr. 20.-.

Ihre Teilnahme kann durch den Untersucher abgebrochen werden. Folgende Gründe können dazu führen:

Substanzkonsum (Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, d. h. eingeschränkte Zurechnungsfähigkeit), akute Suizidalität, Umstände, die eine Fortführung des Interviews erschweren (z. B. Todesfall in der Familie).

Bei Unklarheiten, Notfällen, unerwarteten oder unerwünschten Ereignissen, die während des Interviews oder nach dem Abschluss auftreten, können Sie sich jederzeit an die unterstehenden Kontaktpersonen wenden:

PD Dr. med. Rudolf Stohler  
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen  
Selnastrasse  
8001 Zürich  
Telefon: 044 205 58 00

Lic. phil Samuel Leuzinger  
PUK Zürich  
Lenggstrasse 31  
8032 Zürich  
Telefon: 044 384 21 17

Wir sind überzeugt, dass Sie liebe Patientinnen und Patienten die eigentlichen „Experten“ sind. Die Ergebnisse dieser Arbeit können die theoretische Basis für Ihre gute psychotherapeutische Behandlung, das Verständnis Ihrer Situation und die Basis für Ihre gute Substitutionsbehandlung darstellen. Bitte unterstützen Sie uns mit Ihrer Teilnahme an dieser Studie.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Samuel Leuzinger

Rudolf Stohler

**Schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Teilnahme an der Studie**

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

<b>Nummer der Studie:</b>	
<b>Titel der Studie:</b>	Psychodynamische Diagnostik und Einstellungen zum Methadon von methadonsubstituierten heroinabhängigen Patienten
<b>Sponsor (vollständige Adresse):</b>	
<b>Ort der Studie:</b>	Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der PUK Zürich
<b>Prüfer/Prüferin:</b> Name und Vorname:	Rudolf Stohler, Samuel Leuzinger
<b>Patientin/Patient</b> Name und Vorname: Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

- Ich wurde vom unterzeichnenden Prüfer mündlich und schriftlich über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert.
- Ich habe die zur oben genannten Studie abgegebene schriftliche Patienteninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Patienteninformation behalten und erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich bin darüber informiert, dass eine Versicherung Schäden deckt, falls solche im Rahmen der Studie auftreten.
- Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute der Kantonalen Ethikkommission zu Prüf- und Kontrollzwecken in meine Originaldaten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen.
- Im Interesse meiner Gesundheit kann mich der Prüfer jederzeit von der Studie ausschliessen. Zudem orientiere ich den Prüfer über die Behandlung bei einem anderen Arzt sowie über die Einnahme von Medikamenten (vom Arzt verordnete oder selbständig gekaufte).

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
------------	--

**Bestätigung des Prüfers:** Hiermit bestätige ich, dass ich diesem Patienten/dieser Patientin Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft des Patienten/der Patientin zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich ihn/sie umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift der Prüferin/ des Prüfers
------------	--

**Soziodemographische Angaben**

<b>Alter (J)</b>				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
25.00	1	1.5	1.5	1.5
27.00	1	1.5	1.5	3.1
28.00	2	3.1	3.1	6.2
29.00	2	3.1	3.1	9.2
30.00	2	3.1	3.1	12.3
31.00	2	3.1	3.1	15.4
32.00	4	6.2	6.2	21.5
33.00	2	3.1	3.1	24.6
34.00	2	3.1	3.1	27.7
35.00	3	4.6	4.6	32.3
36.00	6	9.2	9.2	41.5
37.00	4	6.2	6.2	47.7
Gültig 38.00	5	7.7	7.7	55.4
39.00	1	1.5	1.5	56.9
40.00	5	7.7	7.7	64.6
41.00	3	4.6	4.6	69.2
42.00	1	1.5	1.5	70.8
43.00	6	9.2	9.2	80.0
44.00	3	4.6	4.6	84.6
45.00	2	3.1	3.1	87.7
46.00	2	3.1	3.1	90.8
47.00	2	3.1	3.1	93.8
48.00	3	4.6	4.6	98.5
49.00	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Aktuelle Substitutionsbehandlung****Alter bei erster Methadon-Substitution [J]**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
15.00	2	3.1	3.1	3.1
16.00	2	3.1	3.1	6.2
17.00	2	3.1	3.1	9.2
17.50	1	1.5	1.5	10.8
18.00	1	1.5	1.5	12.3
19.00	5	7.7	7.7	20.0
20.00	5	7.7	7.7	27.7
21.00	3	4.6	4.6	32.3
22.00	5	7.7	7.7	40.0
23.00	3	4.6	4.6	44.6
24.00	4	6.2	6.2	50.8
25.00	3	4.6	4.6	55.4
26.00	4	6.2	6.2	61.5
Gültig 27.00	3	4.6	4.6	66.2
28.00	2	3.1	3.1	69.2
29.00	2	3.1	3.1	72.3
30.00	3	4.6	4.6	76.9
32.00	3	4.6	4.6	81.5
33.00	2	3.1	3.1	84.6
35.00	2	3.1	3.1	87.7
36.00	3	4.6	4.6	92.3
38.00	2	3.1	3.1	95.4
41.00	1	1.5	1.5	96.9
43.00	1	1.5	1.5	98.5
44.00	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

C2 Stichprobenbeschreibung: Aktuelle Substitutionsbehandlung

**Aktuelle Methadondosis [mg]**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
7.50	1	1.5	1.5	1.5
14.00	1	1.5	1.5	3.1
15.00	1	1.5	1.5	4.6
20.00	3	4.6	4.6	9.2
25.00	1	1.5	1.5	10.8
30.00	2	3.1	3.1	13.8
40.00	2	3.1	3.1	16.9
45.00	1	1.5	1.5	18.5
50.00	3	4.6	4.6	23.1
60.00	8	12.3	12.3	35.4
70.00	3	4.6	4.6	40.0
80.00	8	12.3	12.3	52.3
Gültig 90.00	1	1.5	1.5	53.8
100.00	7	10.8	10.8	64.6
110.00	2	3.1	3.1	67.7
120.00	3	4.6	4.6	72.3
140.00	2	3.1	3.1	75.4
150.00	2	3.1	3.1	78.5
180.00	1	1.5	1.5	80.0
200.00	5	7.7	7.7	87.7
250.00	1	1.5	1.5	89.2
300.00	5	7.7	7.7	96.9
400.00	1	1.5	1.5	98.5
500.00	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

## C2 Stichprobenbeschreibung: Aktuelle Substitutionsbehandlung

**Dauer aktuelle Methadonbehandlung [Mt.]**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
6.00	2	3.1	3.1	3.1
8.00	2	3.1	3.1	6.3
10.00	2	3.1	3.1	9.4
12.00	2	3.1	3.1	12.5
18.00	2	3.1	3.1	15.6
20.00	1	1.5	1.6	17.2
24.00	4	6.2	6.3	23.4
25.00	1	1.5	1.6	25.0
32.00	1	1.5	1.6	26.6
36.00	6	9.2	9.4	35.9
42.00	1	1.5	1.6	37.5
48.00	4	6.2	6.3	43.8
50.00	1	1.5	1.6	45.3
54.00	1	1.5	1.6	46.9
Gültig 60.00	7	10.8	10.9	57.8
64.00	1	1.5	1.6	59.4
71.00	1	1.5	1.6	60.9
72.00	2	3.1	3.1	64.1
82.00	2	3.1	3.1	67.2
84.00	3	4.6	4.7	71.9
96.00	4	6.2	6.3	78.1
120.00	4	6.2	6.3	84.4
132.00	1	1.5	1.6	85.9
156.00	2	3.1	3.1	89.1
168.00	1	1.5	1.6	90.6
216.00	2	3.1	3.1	93.8
240.00	3	4.6	4.7	98.4
254.00	1	1.5	1.6	100.0
Gesamt	64	98.5	100.0	
Fehlend System	1	1.5		
Gesamt	65	100.0		

**Anzahl Tage mit Heroinkonsum [letzte 30 Tage]**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.00	39	60.0	60.0	60.0
1.00	7	10.8	10.8	70.8
2.00	1	1.5	1.5	72.3
3.00	1	1.5	1.5	73.8
4.00	3	4.6	4.6	78.5
5.00	3	4.6	4.6	83.1
6.00	1	1.5	1.5	84.6
7.00	1	1.5	1.5	86.2
8.00	1	1.5	1.5	87.7
10.00	3	4.6	4.6	92.3
12.00	1	1.5	1.5	93.8
15.00	1	1.5	1.5	95.4
16.00	1	1.5	1.5	96.9
18.00	1	1.5	1.5	98.5
20.00	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

Gültig

**Alter bei Heroin Erstkonsum [J]**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
12.00	2	3.1	3.1	3.1
13.00	4	6.2	6.3	9.4
14.00	4	6.2	6.3	15.6
15.00	6	9.2	9.4	25.0
16.00	7	10.8	10.9	35.9
17.00	13	20.0	20.3	56.3
18.00	8	12.3	12.5	68.8
19.00	5	7.7	7.8	76.6
20.00	3	4.6	4.7	81.3
Gültig 21.00	1	1.5	1.6	82.8
22.00	3	4.6	4.7	87.5
25.00	1	1.5	1.6	89.1
26.00	2	3.1	3.1	92.2
28.00	2	3.1	3.1	95.3
35.00	1	1.5	1.6	96.9
36.00	1	1.5	1.6	98.4
37.00	1	1.5	1.6	100.0
Gesamt	64	98.5	100.0	
Fehlend System	1	1.5		
Gesamt	65	100.0		



Alter bei erster psychiatrischer Behandlung [J]				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
3.00	1	1.5	1.5	1.5
5.00	2	3.1	3.1	4.6
7.00	1	1.5	1.5	6.2
8.00	1	1.5	1.5	7.7
10.00	1	1.5	1.5	9.2
11.00	1	1.5	1.5	10.8
12.00	2	3.1	3.1	13.8
15.00	4	6.2	6.2	20.0
16.00	3	4.6	4.6	24.6
17.00	3	4.6	4.6	29.2
18.00	2	3.1	3.1	32.3
19.00	2	3.1	3.1	35.4
20.00	4	6.2	6.2	41.5
21.00	4	6.2	6.2	47.7
22.00	2	3.1	3.1	50.8
23.00	2	3.1	3.1	53.8
Gültig 24.00	4	6.2	6.2	60.0
25.00	2	3.1	3.1	63.1
26.00	3	4.6	4.6	67.7
27.00	2	3.1	3.1	70.8
29.00	1	1.5	1.5	72.3
30.00	3	4.6	4.6	76.9
31.00	1	1.5	1.5	78.5
32.00	3	4.6	4.6	83.1
33.00	2	3.1	3.1	86.2
34.00	1	1.5	1.5	87.7
35.00	2	3.1	3.1	90.8
36.00	2	3.1	3.1	93.8
38.00	1	1.5	1.5	95.4
41.00	1	1.5	1.5	96.9
43.00	1	1.5	1.5	98.5
44.00	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

## ICD 10 Code Substanzstörung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	2	3.1	3.1	3.1
F10.1; F11.22	1	1.5	1.5	4.6
F10.2; F11.22	1	1.5	1.5	6.2
F10.20; F11.22; 12.26; F14.20; F17.24	1	1.5	1.5	7.7
F10.20; F14.20; F13.22	1	1.5	1.5	9.2
F10.24; F13.24; F13.22; F11.22; F17.24	1	1.5	1.5	10.8
F10.25; F11.22; F11.20; F14.20;; F13.20	1	1.5	1.5	12.3
F11.2; F10.2; F17.25; F14.2	1	1.5	1.5	13.8
F11.2; F14.2; F12.2; F17.2	1	1.5	1.5	15.4
F11.2; F14.2; F17.25; F14.5	1	1.5	1.5	16.9
F11.20; F14.20; F13.20	1	1.5	1.5	18.5
F11.22	14	21.5	21.5	40.0
F11.22; 12.1; 14.1; 17.25	1	1.5	1.5	41.5
F11.22; F10.1	1	1.5	1.5	43.1
Gültig F11.22; F10.20	1	1.5	1.5	44.6
F11.22; F10.241; F17.25	1	1.5	1.5	46.2
F11.22; F10.25; F14.26	1	1.5	1.5	47.7
F11.22; F10.25; F14.26; F17.25; F12.25	1	1.5	1.5	49.2
F11.22; F11.26; F14.26	1	1.5	1.5	50.8
F11.22; F12.2; F14.20	1	1.5	1.5	52.3
F11.22; F12.25	1	1.5	1.5	53.8
F11.22; F12.26; F14.26	1	1.5	1.5	55.4
F11.22; F13.22	1	1.5	1.5	56.9
F11.22; F13.22; F14.1; F10.1	1	1.5	1.5	58.5
F11.22; F13.22; F17.25	1	1.5	1.5	60.0
F11.22; F13.24	1	1.5	1.5	61.5
F11.22; F13.24; F17.24	1	1.5	1.5	63.1
F11.22; F13.26	1	1.5	1.5	64.6
F11.22; F14; F19.22	1	1.5	1.5	66.2
F11.22; F14.2	2	3.1	3.1	69.2

## ICD 10 Code Substanzstörung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig F11.22; F14.2; F13.2; F12.2; F10.2	1	1.5	1.5	70.8
F11.22; F14.20	1	1.5	1.5	72.3
F11.22; F14.20; F10.20; F17.2	1	1.5	1.5	73.8
F11.22; F14.20; F17.25	1	1.5	1.5	75.4
F11.22; F14.21; F10.2	1	1.5	1.5	76.9
F11.22; F14.21; F17.25	1	1.5	1.5	78.5
F11.22; F14.24; F17.24; F12.25	1	1.5	1.5	80.0
F11.22; F14.25	1	1.5	1.5	81.5
F11.22; F14.25; F10.24	1	1.5	1.5	83.1
F11.22; F14.25; F17.25	1	1.5	1.5	84.6
F11.22; F14.26	1	1.5	1.5	86.2
F11.22; F14.26; F10.2; F17.25; F12.25	1	1.5	1.5	87.7
F11.22; F14.26; F12.2; F17.2	1	1.5	1.5	89.2
F11.22; F14.26; F13.20; F10.26	1	1.5	1.5	90.8
F11.22; F14.26; F13.22; F17.2	1	1.5	1.5	92.3
F11.22; F14.26; F13.22; F17.25	1	1.5	1.5	93.8
F11.22; F14.26; F13.25; F17.25	1	1.5	1.5	95.4
F11.24; 14.24	1	1.5	1.5	96.9
F11.24; F14.24	1	1.5	1.5	98.5
F14.2; F11.2; F13.2; F12	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

## Weitere Medikamente

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	9	13.8	13.8	13.8
Lactulose (Res.); Mefenaminsäure max- 2000mg; Diclofenac; Bisacodyl; Tizanidin max. 6mg; Reboxetin 8mg	1	1.5	1.5	15.4
Alucol; Pantoprazol 20mg; Povidon-Iod; Oxazepam 30mg; Zolpidem 20mg; Ketoconazol	1	1.5	1.5	16.9
Apherylburbit 100mg; Thyroxine 1mg; Modafinil 200mg; Eisencarboxymaltose; Cotrimoxazol 2;Mefenaminsäure; Alprazolam ret. 200mg; Fusidinsäure	1	1.5	1.5	18.5
Gültig Atazanavir 1; Tenofovir 245mg; Didanosin 200mg; Citalopram; Cotrimoxazol; Antazidium	1	1.5	1.5	20.0
Becozym 3; Vitamin B1 1; Disulfiram 3/Wo.; Paracetamol (Res.); Oxcarbazepin 300mg; Magnesium 5; Diazepam 40mg	1	1.5	1.5	21.5
Betamethasonum; Diclofenac50mg; Mefenaminsäure (Res.)	1	1.5	1.5	23.1
Bisacadyl 1; Trimipramin 100mg	1	1.5	1.5	24.6
BupropionEmcitabin245mg; Sportusal; Disulfiram 800mg; Duloxetine 30mg; Oxazepam 105mg; Oxazepam 135 mg; Vit B1 300; Becozym forte	1	1.5	1.5	26.2

**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Chlorprothixen 100mg; Alprazolam Ret. 6mg; Alprazolam 3mg; Becozym forte 3; Vitamin B1 300mg; Pantoprazol 20mg; Antazolin; Macrogol; Mefenaminsäure; Magnesium 1; Metoclopramid; Lactulose; Excitalopram 20mg; Reboxetin 300mg	1	1.5	1.5	27.7
Clavulansäure 2mg; Mefenaminsäure; Duloxetine 300mg; Paracetamol; Fusidinsäure; Sildenafil 2; Methylphenidat 50mg; Methylphenidat ret. 108mg	1	1.5	1.5	29.2
Clonazepam 2mg; Clonazepam 1mg; Lamotrigin 50mg	1	1.5	1.5	30.8
Clonazepam 4mg; Zolpidem 10mg 10/Wo; Clindamycin Laperamid; Domperidon (Res.); Metoclopramid; Mefenaminsäure; Paracetamol	1	1.5	1.5	32.3
Clonazepam 6mg; Lactulose; Paracetamol; Mianserin 120mg	1	1.5	1.5	33.8
Clonazepam 8mg; Imperamide 20mg; Quetiapin 2.5mg; Olanzapin 2.5mg; Lorazepam 1mg; Mefenaminsäure 500mg;	1	1.5	1.5	35.4
Diazepam 10mg x 2; Mefenaminsäure 500mg; Eisen II-glycin-sulfat-Komplex; Pantoprazol x 2	1	1.5	1.5	36.9

**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Diazepam 10mg; Diazepam 5mg; Pantoprazol 20mg; Doxepin 50mg; Levothyroxin-Natrium Quetiapin 200mg x 2;	1	1.5	1.5	38.5
Diazepam 10mg; Povidon-Iod	1	1.5	1.5	40.0
Diazepam 10mg; Pantoprazol 20mg; Baclofen 25mg; Zolpidem 10mg; Paracetamol 500mg; Aluminium-, Magnesium-, Calciumsalze Fomoterol/Budosomid; Alucol; Salbutanol; Ibuprofen 400mg; Magnesiumaspartat 5mmol	1	1.5	1.5	41.5
Diazepam 1mg x 2; Aripirazol 10mg; Clonazepam 2mg; Clonazepam 0.5mg; Trazodon 100mg; Lactulose 200ml; Eisen; Ibuprofen 400	1	1.5	1.5	43.1
Disulfiram 400mg; Levopromazol 25mg; Venlafaxin; Ibuprofen 400mg; Lactulose 200mg; Xylonozolin; Prontalax 5mg; Lactulose 200mg; Meefenaminsäure	1	1.5	1.5	44.6
Disulfiram 400mg; Diazepam 20mg; Zolpidem 1; Escitalopram 1; Liplotio; Macrogol; Diclofenac; Eisen; Acramposate	1	1.5	1.5	46.2

**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Isentress 400mg; Tenofovir disproxil und Emtricitabin; Extravirin 200mg x 2; Sulfamethozol und Trimethoprim 800/160mg; Excitalopram 10mg x 2; Pantoprazol; Salbutamol 100; Calciumagon x 2; Phasmax	1	1.5	1.5	47.7
KL ret. 2; Furrosemid 20mg; Sertraline 50mg; Ferum Hausmann 1; Pantoprazol 40mg; Lorazepam 2mg; Chlorprothixen	1	1.5	1.5	49.2
Lactulose	1	1.5	1.5	50.8
Lactulose; Aripiprazol 15mg; Harnstoff; Atenolol 50mg	1	1.5	1.5	52.3
Lactulose; Chlorprothixen (Res.); Diazepam (Res.)	1	1.5	1.5	53.8
Lactulose; Quetiapin 50mg; Sabutamol; Antazidum; Paracetamol	1	1.5	1.5	55.4
Methylphenidat 100mg; Pantoprazol 40mg; Clonazepam 4mg; Mirtazapin 60mg	1	1.5	1.5	56.9
Methylphenidat 120mg; Rizatriptan; Domperidon; Zolpidem 10/Woche	1	1.5	1.5	58.5
Methylphenidat 20mg; Diazepam 2mg; Mirtazapin 30; Heparinoide 50; Folsäure 5mg; Folsäure 1mg x 5	1	1.5	1.5	60.0
Methylphenidat 33mg; Alprazolam 25mg; Lactulose 200mg	1	1.5	1.5	61.5
Methylphenidat 90mg; Phenprocoumon; Trazodon 200mg	1	1.5	1.5	63.1

**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Methylphenidat Ret. 15mg; Methylphenidat Ret. 20mg; Clonazepam 2mg; Supradyn 1; Ibuprofen 800-1600mg; Lactulose (Res.); Modafinil 100mg (Res.); Becozym forte 3; Vitamin B1 1	1	1.5	1.5	64.6
Methylphenidat ret.; Alprazolam 1mg; Diazepam 20mg; Quetiapin 50mg; Magnesium	1	1.5	1.5	66.2
Metoclopramid; Mefenaminsäure; Clonazepam 4mg	1	1.5	1.5	67.7
Mirtazapin 30mg; Trimipramin 100mg; Chlorothixen 100mg; Quetiapin 200mg; Paracetamol 5; Mefenaminsäure	1	1.5	1.5	69.2
Modafinil 400mg; Ribavirin 800mg; Peginterferon 180mcg/Wo.; Moclobemid 25mg (Res.)	1	1.5	1.5	70.8
Oxazepam 30-45mg; Becozym forte 1; Vitamin B1; Trazodon 10mg; Disulfiram 200mg	1	1.5	1.5	72.3
Oxazepam 60mg	1	1.5	1.5	73.8
Pantoprazol 20mg; Becozym forte 3; Vitamin B1 1; Chlorprothixen 15-30mg	1	1.5	1.5	75.4
Pantoprazol 20mg; Dexamethason; Paragol	1	1.5	1.5	76.9
Pantoprazol; Levocetirizin 5mg	1	1.5	1.5	78.5



**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Paracetamol500mg; Mefenaminsäure 500mg; Lorazepam 1mg; Trazadon150mg; QuetiapinLactulose 200ml	1	1.5	1.5	80.0
Povidon-Iod; Tramodol 150mg; Clomazepam; Diazepam 10mg	1	1.5	1.5	81.5
Quetiapin 25mg	1	1.5	1.5	83.1
Quetiapin 25mg; Lactulose 200mg	1	1.5	1.5	84.6
Quetiapin 25mg; Methylperazin 500mg; Paracetamol 500mg	1	1.5	1.5	86.2
Quetiapin100mg; Heparinoid	1	1.5	1.5	87.7
Rizatriptan 10mg; Sertralin 2; Quetiapin 25mg	1	1.5	1.5	89.2
Sabutamol; Fluoxetin 20mg; Mefenaminsäure (res.)	1	1.5	1.5	90.8
Torasemid 1; Propranolol 60mg; Lactulose; Hydrocortison	1	1.5	1.5	92.3
Trazadon 100mg; Becozym forte 3; Vitamin B1 300mg; Pantoprazol 20mg; Zolpidem 20mg	1	1.5	1.5	93.8
Trazadon 100mg; Paracetamol 500mg; Mefenaminsäure 50g; Baclofen25mg; Loperamid 7.5mg	1	1.5	1.5	95.4
Trazodon 100mg; Oxcarbazepin1200mg; Vitamin B1 300mg; Becozym forte 2; Moclobemid 150mg; Propranolol 140mg	1	1.5	1.5	96.9

**Weitere Medikamente**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Zolpiclon 50mg; Pantoprazol 20mg; Metoprolol 50mg; Excitalopram 10mg x 2; Levothyroxin - natrium 0.5mg x 0.5; Lorazepam 1mg; metamizol 500mg x 3; Mefenaminsäure 500mg; Ibuprofen 400mg; Titropium bromid; Salmamol und Fluticadon 25	1	1.5	1.5	98.5
Zolpicon 0.5; Alprazolam 1mg; Fusidinsäure	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Antidepressive Medikation verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	41	63.1	63.1	63.1
Gültig ja	24	36.9	36.9	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Antipsychotische Medikation verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	48	73.8	73.8	73.8
Gültig ja	17	26.2	26.2	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Benzodiazepin verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	36	55.4	55.4	55.4
Gültig ja	29	44.6	44.6	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Stimulanzium verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	55	84.6	84.6	84.6
Gültig ja	10	15.4	15.4	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Antiepileptikum verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	61	93.8	93.8	93.8
Gültig ja	4	6.2	6.2	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Anticraving Medikament verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	60	92.3	92.3	92.3
Gültig ja	5	7.7	7.7	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**HIV-Medikation verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	62	95.4	95.4	95.4
Gültig ja	3	4.6	4.6	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**HCV-Medikation (Interferon) verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	64	98.5	98.5	98.5
Gültig ja	1	1.5	1.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

**Andere somatische Medikamente verschrieben**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
nein	12	18.5	18.5	18.5
Gültig ja	53	81.5	81.5	100.0
Gesamt	65	100.0	100.0	

## D Tabellen D1-D3: Repetitiv-dysfunktionale Konflikte

### D1 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Deskriptive Auswertung

	M	Median	Spannweite
Individuation vs. Abhängigkeit	1.87	2	3
Versorgung vs. Autarkie	1.84	2	3
Selbstwertkonflikt	1.22	1	3
Schuldkonflikt	.70	0	3
Identitätskonflikt	.37	0	3
Verarbeitungsmodus	2.36	2	3

### D2 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte

Konflikt	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	Total
Individuation vs. Abhängigkeit	4	23	7	24	58
Versorgung vs. Autarkie	7	15	16	20	58
Selbstwertkonflikt	16	20	13	8	57
Schuldkonflikt	31	17	6	4	58
Identitätskonflikt	42	11	4	1	58
Total Konflikte	72	63	40	44	

### D3 Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Verarbeitung des Hauptkonflikts

Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts	Häufigkeit	Prozent
vorwiegend aktiv	8	13.8
gemischt eher aktiv	29	50.0
gemischt eher passiv	13	22.4
vorwiegend passiv	8	13.8
Total	58	100

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Rehabilitation mit Methadon-Orientierungs-Skala_____	150
Abbildung 2: Methadon-Entzugsorientierungs-Skala _____	151
Abbildung 3: Methadon-Flexibilisierungs-Orientierungs-Skala _____	152
Tabelle 1: Charakterisierung der Interviews _____	126
Tabelle 2: Korrelation der MEI-40-Skalen mit der OPD-Gesamtstruktur-Skala _____	128
Tabelle 3: Interpretation der Werte des Kappas _____	133
Tabelle 4: Kennwerte der Stichprobe _____	136
Tabelle 5: Variablen zum Heroinkonsum _____	137
Tabelle 6: Variablen in Bezug auf die Behandlung_____	137
Tabelle 7: Interrater-Reliabilität der Konfliktachsen_____	138
Tabelle 8: Interrater-Reliabilität der Strukturachsen _____	139
Tabelle 9a: Voraussetzungen für die Konflikte_____	140
Tabelle 9b: Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Hauptkonflikt _____	141
Tabelle 9c: Repetitiv-dysfunktionale Konflikte: Zweitwichtigster Konflikt _____	141
Tabelle 10a: Struktur-deskriptive Auswertung _____	142
Tabelle 10b: Struktur_____	142
Tabelle 11: Normal vs. gering strukturierte Patienten: weitere Patientenmerkmale _____	143
Tabelle 12a: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Konflikt _____	144
Tabelle 12b: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Struktur _____	144
Tabelle 13: Kennwerte und interne Konsistenz der Skalen des MEI-40_____	145
Tabelle 14: Faktor 1 Entzugs-Orientierung_____	147
Tabelle 15: Faktor 2 Rehabilitations-Orientierung _____	148
Tabelle 16: Faktor 3 Flexibilisierung-des-Heroinkonsums-Orientierung _____	148
Tabelle 17: OPD-Strukturitems und der MEI-Skalen _____	149
Tabelle 18: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Rehabilitation-mit-Methadon-Orientierung _____	150
Tabelle 19: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Methadon-Entzugs-Orientierung _____	151
Tabelle 20: Unterschied normal vs. gering strukturierte Patienten bzgl. Flexibilisierungs-Orientierung _____	152
Tabelle 21: Korrelation Entzugsorientierungs-Skala und aktuelle Methadondosis_____	153
Tabelle 22: Korrelation normal vs. gering strukturierte Patienten und Methadondosis _____	154
Tabelle 23: Normal vs. gering strukturierte Patienten: OPD-Gesamtstruktur – Vergleich mit Studien_____	170

# Lebenslauf von Samuel Leuzinger

Geburtsdatum: 03.07.1977 in Zürich

Zivilstand: verheiratet

Heimatort: Glarus GL

## Ausbildung

2017	Doktoratsexamen an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich
seit 2017	SGAZ: Seminar für Gruppenanalyse Zürich
seit 2007	Kurse und Intervention in Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik OPD-2, UPK Basel, PK Liestal BL
2009	Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Therapy der Universität Zürich, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
2004	Lizentiat an der Universität Freiburg, i. Ü., Schweiz
1998	Maturität Typus L (Lehramt), Seminar Unterstrass, Zürich

## Beruflicher Werdegang

seit 2016	Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis Dr. med. Fritz Naef, Reinach BL
seit 2012	Psychiatrisch-psychotherapeutische und neurologische Praxis Dr. med. Götz Roth, Zürich
2012	Psychiatrisch-psychotherapeutische Gemeinschaftspraxis am Central
2011 – 2012	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Psychotherapeutische Arbeit in der Tagesklinik für Affektkranke (Leitung Prof. Dr. med. H. Böker, Prof. Dr. med. E. Seifritz)
2011	Ambulatorium Lenzburg Psychotherapeutische Arbeit im Ambulatorium der Klinik im Hasel, Gontenschwil
2007 – 2010	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Psychologische Arbeit auf der Dualdiagnosestation für Abhängigkeitserkrankungen (Leitung PD Dr. med. R. Stohler, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. W. Rössler)
2006 – 2007	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Psychotherapeutische Arbeit auf der Spezialstation für Depressions- und Angstbehandlung (Leitung Prof. Dr. med. H. Böker, Prof. Dr. med. D. Hell)
2004 – 2006	Psychiatrische Klinik Meissenberg, Zug Anstellung als Psychologe: Depressionsabteilung (10 Monate), Geschlossene Abteilung (6 Monate), Abteilung mit gemischten Störungsbildern (5 Monate), Borderline-Abteilung (3 Monate)